CAPITOLUL 2

Psihoterapia rafional-emotiva

Identificarea «ji inlaturarea unor obstacole interne care stau in calea propriei a **fir ma ri**

O idee importantS, care se desprinde din numeroase cercetari cum sint, de exemplu, studiile referitoare la dezvoltarea maimu^elor si copiilor timizi, precum si din experimentele cu simularea mtemnijarii, este aceea ca modul in care persoana se comports in confruntarea cu obstacole externe fine nu numai de marimea lor *obiectivd,* ci si de *imaginea,* de *reflectarea* lor in plan intern. Timidul construieste o imagine asupra lumii in care el are o pozi^ie de inferioritate. El este gata infrint in confruntarea cu o persoana mai combativa pentru ca ,,gardianul" sau interior nu-i permite sa se miste liber. El este ingradit de propriile imagini asupra drepturilor sale in relajiile cu lumea si uneori este infrint mai pujin de cStre adversar decit de el insusi. Experienfa psihoterapeutica aratS ca, in general, oamenii sint mai pu^in perturba^i de agresiunea si schimbarile mediului extern decit de ideile pe care ei le dezvoltS in legatura cu aceste evenimente. Altfel spus, ei sint perturba^i mai mult de ei insisi decit de ceea ce li se intimpla cu adevarat. Autoperturbarea se dovedeste a fi, ca si ,,auto-gardianul"', o procedure foarte ,,eficienta" de limitare a capacita|ilor proprii, de autosabotare in realizarea obiectivelor propuse, a succesului si satisfacjiei in activitatea umana de orice natura.

Aceasta constatare a condus la inrjierea, in 1955, a terapiei rational-emotive *{Rational-emotive therapy).* In-tr-o recenta lucrare, ea este definita ca „o forma stiin{;ifica si umanista de psihologie, care susfine ca oamenii dornici sa munceasca asupra lor au un considerabil control asupra evolujiei lor emOfionale si pot mari acest control, refuzind astfel sa devina anxiosi, deprimati, sa se urasca, sa se infurie, sa-si plinga de mila in legatura cu aproape orice" (Elis, 1987, p. 364). Albert Elis, autorul terapiei rajional-emotive si unul dintre sus^inatorii de frunte ai gindirii rationale in acest secol, considera ca ,,oamenii se perturba ei insisi intr-o masura mai mare decit sint perturbafi de foi-fe nefavorabile din mediul lor timpuriu sau din mediul social de mai tirziu si de aceea ei au unica si remarcabila putere de a in^elege ceea ce au de facut pentru a fi mai pujin nevrotici, a-si schimba gindurile irajionale, sim^amintele inadecvate si compoi-tamentul disfuncjional, pentru a deveni s&natosi sub aspect mental si a putea sa se dezvolte conform propriilor obiective" (ibidem).

§coala terapiei rational-emotive considers ca oamenii, indiferent de nivelul lor de instruire, au o puternica tending biologica de a se perturba in mod inutil si manifests o pronun^atS predispozi^ie de a prelungi in mod inconstient disfunc^ia lor psihica si de a se opune eliminSrii ei. Desi ideea este susjinuta de insusi parintele curentului, care ii consacrS un studiu special (,,Bazele biologice ale ira^ionalitatii umane", 1976), ea ne apare in mod evident exagerata. Aceasta teorie are totusi meritul de a fi concentrat eforturile spre identificarea cit mai exacts a blocajelor, a obstacolelor de ordin cognitiv, emotional si comportamental care apar in eforturile pe care oamenii le fac pentru a injelege ce anume ii perturba si nu le permite sS reduca disfuncjiile lor. Terapia ra|ionalemotiva dovedeste cS identificarea acestor obstacole poate sa conducS la schimbarea si eliminarea unora dintre sentimentele si comportamentele de autosabotare. Vom examina si noi o serie de irationalita|i specifice care, adesea, blocheazS efor-

/rina Holdevici

turile noastre de autoperfecţionare. Pentru a le înţelege mai bine, să vedem mai întîi în ce constă procesul de achiziţionare şi menţinere a perturbării *emoţionale,* verigă de bază şi declanşatoare în lanţul de autoperturbări.

Ipotezele de bază ale terapiei raţional-emotive sînt foarte simple şi constituie ABC-ul acesteia. Cele trei litere sînt iniţialele conceptelor: Activităţi; Păreri; Credinţe *(Be-Hefs);* Consecinţe. Conform acestor ipoteze, oamenii sînt născuţi şi crescuţi cu dorinţa de a rămîne în viaţă şi de a fi fericiţi şi aceasta îi determină să răspundă în mod corespunzător la diverse situaţii, stimuli sau activităţi, obiective generale sau particulare şi valori. Astfel, ei doresc să aibă succes în şcoală, muncă şi relaţii, să fie aprobaţi şi iubiţi de persoanele semnificative pentru ei şi să obţină confort fizic şi securitate. Din păcate, în calea realizării acestor dorinţe se interpun diverse obstacole, confrantîndu-i cu diverse evenimente activatoare, la care ei tind să răspundă în două moduri fundamental diferite. Primul din aceste moduri constă în apariţia unor păreri (Beliefs) raţionale cu privire la A şi aceste credinţe şi atitudini aproape totdeauna iau forma unor dorinţe saii preferinţe, ca de exemplu: „nu-mi place să eşuez şi să fiu respins de către alţii. Doresc ca viaţa mea să fie mai sigură şi mai confortabilă. Dacă mi se pun beţe în roate, eşuez, sînt respins şi mă simt neconfortabil în punctul A, acest lucru este foarte neplăcut, dar nu înseamnă nicidecum sfîrşitul lumii; prin urmare, eu voi putea să-mi conduc mai departe viaţa într-un mod convenabil. Aşadar, să mă întorc la activităţile mele şi să văd ce pot să fac pentru a-mi îmbunătăţi situaţia".

Cînd oamenii au o astfel de reacţie, caracterizată prin raţionalitate şi orientare pozitivă, activă, constructivă, de depăşire a dificultăţilor, ei încearcă, atunci cînd obiectivele lor sînt blocate, sentimente adecvate de regret, nemulţumire, iritare şi frustrare. Aceste sentimente negative adecvate îi ajută să lupte cu viaţa şi să realizeze mai multe dintre obiectivele pe care le doresc şi să evite lucrurile pe care nu le doresc. Terapia raţional-emotivă consideră că dacă ei reacţionează *doar* în acest mod raţional, practic, niciodată nu ar dobîndi sau nu ar rămîne cu sentimente inadecvate de anxietate, depresie, autocompătimire sau ostilitate şi, exceptînd cazul psihozelor şi al leziunilor organice, nu ar ajunge la fobii, comportamente compulsive, alcoolism sau consum de droguri, acte de indisciplină, nehotărîre sau alte forme de comportament psihopatologic. Cînd blocarea activităţilor este urmată (în punctul B) de păreri raţionale, de sentimente adecvate, atunci în punctul C apar Consecinţe (cognitive, emoţionale şi comportamentale) cu efecte de autoajutorare, dezvoltare şi adaptare.

Lanţul de reacţii expus pînă aici a fost cel normal. Cînd însă oamenii se autoperturbă, blocarea activităţilor lor, prin diversele obstacole care apar în punctul A, este urmată în punctul B de adăugarea în locul credinţelor raţionale a unui set de credinţe iraţionale. Ele iau, forma unor credinţe, necesităţi, dorinţe absolutiste, categorice,; iraţionale. De exemplu: „Deoarece vreau să am succes şi să fiu acceptat de către ceilalţi, *trebuie cu orice preţ* să fac să fie aşa. Şi dacă, din nenorocire, am să eşuez şi am să fiu respins, aşa cum *nu trebuie* să se întîmple, va fi *groaznic. Nu pot să suport aşa ceva!* înseamnă că sînt o persoană disperată, fără nici o valoare, care întotdeauna ratează obiectivele semnificative". Sau: „Deoarece doresc foarte mult să am confort şi securitate şi voi fi mult mai fericit cu ele decît fără ele, viaţa mea *trebuie* neapărat aranjată astfel încît să nu sufăr şi să nu fiu lipsit de nimic. Nici persoanele, nici condiţiile care blochează dorinţa mea puternică *nu trebuie* să existe deloc. Nu le suport! Viaţa mea va fi complet lipsită de sens şi bucurie dacă nu voi obţine exact ceea ce vreau şi sînt în stare să evit precis ceea ce nu vreau chiar acum". Potrivit teoriei terapiei raţional-emotive, atunci cînd oamenii menţin astfel de păreri absolutiste, prin care „comandă" evenimentelor cum să evolueze, aproape întotdeauna se perturbă sub aspect emoţional şi îşi menţin această stare.

Să vedem care sînt procedeele cognitive, emoționale şi comportamentale prin care oamenii „reuşesc" să se perturbe pe ei înşişi şi îşi mențin starea respectivă. Ele furnizează indi cațiile cu privire la modul în care putem să evităm autoperturbarea, să ne identificăm propriile deficiențe şi să ne debarasăm de ele. Vom urmări în continuare şase astfel de forme de autoperturbare: dorințele puternice; escaladarea dorințelor spre necesități; reacțiile exagerate la frustrările produse de mediu; nevoile şi perturbările secundare; esca ladarea gîndirii irației prin intermediul perturbării emo ționale; accentuarea perturbării prin întărire cognitivă şi com portamentală, în cursul prezentării lor vom face uneori refe rire la unele aspecte psihopatologice care pot să apară în cazul exagerării tendințelor discutate. Le vom evoca doar pentru a indica *direcția* spre care conduce perturbarea, ceea ce nu înseamnă că este necesar să se ajungă la fenomene patologice atît de ample.

a) ***Dorințele puternice***

în mod firesc, oamenii au o serie de dorințe puternice, cum ar fi să aibă succes, să cîştige aprobarea, stima şi dragostea persoanelor importante, să aibă control asupra lor şi asupra situațiilor în care se află, să nu aibă dureri, să fie în securitate şi confort, să trăiască „mulți ani fericiți".

La mulți dintre ei se observă o accentuare a acestor dorințe, importantă mai ales sub aspectul modificărilor de conținut pe care la înregistrează. Ei doresc, mai mult sau mai puțin conştient, să aibă performanțe cu *totul excepționale* în activitatea sau în relațiile for, să fie *practic perfecți* în mai multe chestiuni importante, „să-i supună pe ceilalți, să stăpînească universul şi să fie nemuritori" (idem, p. 367).

Dorințele de acest tip conduc însă la sentimente, gînduri şi comportamente inadecvate, frustrante, tensionante, dezadaptative, la nemulțumire şi performanțe tot mai slabe care vor relua ciclul de autoperturbare. Pentru orice om este

important să-şi cunoască posibilitățile reale şi să-şi propună obiective permanent situate puțin peste realizările momentului. Să nu uităm că, aşa cum spune J.P. Sartre, „omul *nu este, ci devine",* iar aspirațiile sale „îl atrag", îl ajută să devină ceea ce *încă nu este, dar ar putea să fie.* Acesta este rolul gîndirii pozitive, al abordării constructive şi optimiste, dar în acelaşi timp realiste a situațiilor.

b) Escaladarea dorințelor spre necesități

Există tendința, în mare măsură inconştientă - dar şi conştientă -, de a transforma dorințele puternice în cerințe indiscutabile, în necesități implacabile. „Doresc să fiu fericit, să am succes" etc. se transformă în *„trebuie* să fiu fericit", *„trebuie* să am *întotdeauna* succes, *indiferent de condiții".* Ceea ce în realitate reprezintă o dorință a persoanei este perceput ca *o obligație* pentru sine *{„trebuie* să fac astfel încît să...") şi pentru alții (nu „aş dori ca ei să mă asculte", ci „ei sînt obligați să mă asculte").

Transformarea dorințelor proprii în nevoi absolute, în obligații pentru sine şi pentru alții nu conduce la transformarea universului. Absolutismul cerințelor se loveşte de restricțiile impuse de posibilitățile lumii reale, ceea ce conduce la o permanentă nemulțumire şi frustrare.

c) ***Reacțiile exagerate la frustrările produse de mediu***

Numeroase condiții ale mediului, ca şi limitele propriilor capacități, împiedică satisfacerea atît a unora dintre dorințele realiste, cît şi a cerințelor absolutiste. Aceste obstacole ne fac să sesizăm conştient sau nu că lucrurile nu merg aşa cum dorim sau cum pretindem să meargă. Reacția noastră în fața acestei informații poate să fie de tip pozitiv: să încercăm să vedem cum putem depăşi dificultatea sau, dacă nu se poate, să ne adaptăm dorințele la posibilități. Ea poate să fie însă şi de tip autoperturbator, disfuncția manifestîndu-se pe plan cognitiv, emoțional şi comportamental.

în plan cognitiv, ea constă în reacţii obsesive, în ruminare neîncetată cu privire la frustrarea sau handicapul suferit. Gîndul nu este orientat spre căutarea soluţiei, ci spre „rumegarea" nesfîrşită a eşecului înregistrat. Evenimentul nu este considerat pur şi simplu defavorabil, nefericit, ci îngrozitor, teribil, oribil. Această evaluare catastrofică este asociată cu o generalizare nefondată cu privire la viitoarele acţiuni ale propriei persoane. Astfel, se poate prevedea că acestea vor conduce în continuare numai la eşec, că totul va merge prost, dezastruos. Persoana care a pornit într-o asemenea direcţie consideră că neîndeplinirea dorinţelor cu privire la sine, la alţii, la evenimente nu poate să fie suportată; ea nu va mai putea fi niciodată fericită, mai bine ar muri.

In plan emoţional, persoana în cauză se simte anxioasă, disperată, mîniată, este înclinată să-şi plîngă singură de milă. Deprimarea pe care o resimte îi susţine „gîndurile negre" şi îi reduce cu adevărat şansele în viitoarele acţiuni.

în plan comportamentali, care, practic, îmbină aspectele cognitive şi emoţionale, reacţia exagerată la frustrare poate să ajungă pînă la acte de evitare a ariei de activităţi în care persoana a suferit eşecul, la manifestări fobice, la abordarea cu teamă a situaţiilor în care subiectul a eşuat, ceea ce conduce la creşterea probabilităţii unui nou eşec. în cazuri severe se poate întîlni un comportament dezorganizat, compulsiv, „alinarea" în alcool sau droguri, crize de nervi etc.

d) Nevoile şi perturbările secundare

Perturbarea secundară apare ca urmare a perceperii propriilor disfiincţii. Oamenii sînt capabili într-o bună măsură să sesizeze că nu reacţionează aşa cum trebuie la evenimentele lumii exterioare, că sînt tulburaţi de ele mai mult decît ar fi cazul. în asemenea situaţii, perceperea perturbării poate să devină ea însăşi o sursă de perturbare. Problemele nevrotice primare sînt generate în mod obişnuit de perturbarea eului şi perturbarea legată de disconfort. Primele se

referă, la sentimente de ruşine, vinovăţie, inadecvare, lipsă de valoare; cele din urmă, la sentimentele generate de toleranţa scăzută la frustrare şi mînia împotriva lipsei de amabilitate şi nedreptăţii oamenilor şi a lumii. Perturbările secundare sînt determinate şi ele de aceleaşi cauze. Persoana pare a considera *obligatoriu* să nu fie afectată de disfuncţiile primare. în consecinţă, cel antrenat într-un astfel de proces este deprimat de conştientizarea acestei stări, se nelinişteşte cînd constată că „se întîmplă ceva" de vreme ce se simte tulburat sau dezvoltă sentimente de vinovăţie pentru faptul că s-a purtat atît de agresiv, sentimente care, la rîndul lor, îl deprimă, îl neliniştesc sau îl enervează şi mai tare. El insistă asupra faptului că *trebuie* să nu sufere de perturbările primare şi, ca urmare, creează o nouă perturbare pornind de la constatarea propriei anxietăţi şi a scăzutei toleranţe la frustrare.

Disfuncţiile secundare apărute ca urmare a perceperii disfuncţiilor primare se transformă ele însele într-o „spină iritativă" şi acest cerc vicios poate fi întrerupt prin terapie raţional-emotivă, care pune accentul pe o corectă înţelegere de' către pacient a propriilor probleme şi a modului în care răspunde la ele.

e) Escaladarea gîndirii iraţionale prin intermediul perturbării emoţionale

Teoria terapiei raţional-emotive porneşte de la premisa că, datorită solicitărilor multiple, calmul şi luciditatea sînt greu de menţinut şi în condiţii normale. Cu atît mai dificilă devine aceasta atunci cînd persoana este perturbată emoţional, cînd are reacţii nevrotice, cînd perturbarea este atît primară, cît şi secundară. într-o asemenea situaţie oamenii tind a gîndi tot mai iraţional (în problemele conflictului în care sînt angajaţi), tot mai absolutist, astfel că: a) nu mai reuşesc să-şi dea seama cît de perturbaţi sînt; b) escaladează propriile tulburări; c) se autoîmpiedică să abordeze în mod logic şi concret credinţele lor iraţionale, aşa cum de altfel ar fi înclinaţi să o facă şi cum terapeutul se străduieşte să-i înveţe.

Simţămintele aberante induse de credinţele, părerile iraţionale conduc la perturbări cognitive mai accentuate, la păreri tot mai depărtate de realitate, care intensifică simţămintele tulburătoare. „Ideile nerealiste şi ilogice creează sentimente negative care, la rîndul lor, perpetuează şi amplifică atitudinile nevrotice.

f) întărirea cognitivă şi comportamentală a perturbării

Să luăm ca exemplu situaţia unui patinator care a suferit un accident la antrenament în timpul executării unui dublu axei şi, deşi este complet restabilit fizic, a rămas cu o teamă faţă de executarea exerciţiului respectiv. Reacţia fobică astfel apărută îl va face să evite exerciţiul cu pricina şi prin aceasta fobia să se fixeze, să se întărească tot mai mult. Cum se produce această autoîntreţinere? Aşa cum se arată în teoriile asupra învăţării sub aspect comportamental, întărirea apare de fiecare dată cînd este evitat exerciţiul, eventual întregul antrenament, deoarece sportivul se simte mai liniştit, mai puţin anxios, evitînd acţiunea care îi produce teamă. Este uşor de recunoscut aici mecanismul condiţionării instrumentale descris ceva mai înainte. Acordarea unei gratificaţii, respectiv oferirea unei recompense sau evitarea unei neplăceri, duce la fixarea acţiunii, a comportamentului respectiv, la fel cum în laborator şoriceii învaţă să evite o zonă care curentează. Dar la om comportamentul nu constituie un act reflex chiar atît de simplu, întrucît el este multiplu mediat cognitiv. Individul are anumite păreri în legătură cu situaţiile prin care trece, cu ceea ce şi de ce trbuie să facă sau să nu facă. în exemplul pe care îl discutăm, el poate să-şi spună ceva de genul următor: „Dacă încerc să execut exerciţiul şi ratez din nou? *Ar fi groaznic, nu aş mai putea suporta aşa ceva. Trebuie să evit să mi se întîmple din nou".*

Concluzia „sună" logic, trebuie să evite situaţia, exerciţiul, eventual antrenamentul sau chiar ramura sau activi-

ta tea sportivă. Toate sporturile şi toate domeniile de activitate economico-socială, artistică sau militară sînt confruntate cu astfel de probleme. De exemplu, în aviaţia sportivă, militară, utilitară sau de transport, fenomenul demotivării faţă de zborul pe un anumit tip de aparat sau chiar faţă de activitatea de zbor, în general, apărut ca reacţie fobică, este cunoscut peste tot în lume încă de la începuturile aviaţiei. El poate să apară nu numai ca reacţie la un eveniment deosebit - oprirea, aprinderea sau explozia unui motor în timpul zborului, catapultarea sau căderea cu avionul, elicopterul etc. - suferit de cel care mai apoi dezvoltă o reacţie faţă de zbor, ci şi ca reacţie la un eveniment deosebit în care au fost implicaţi prietenii sau colegii. Amploarea şi persistenţa reacţiei obsesiv-fobice ţine, desigur, de dimensiunile evenimentului, accidentului pe care îl reflectă, dar depind, mai ales, şi de structura persoanei care dezvoltă această teamă. Se constată că nu rareori membrii echipajelor scăpate cu bine dintr-un eveniment deosebit doresc în continuare să zboare. La fel reacţionează şi mulţi dintre paraşutişti în urma unui accident, care, chiar dacă i-a ţinut cîteva luni în spital, nu le-a afectat în cele din urmă capacitatea de a face salturi. Ei sînt nerăbdători să se însănătoşească şi să-şi reia antrenamentul la sol şi salturile cu paraşuta. Toate acestea arată că un eveniment traumatic nu conduce automat la invalidarea psihică a individului şi că, aşa cum spune Albert Elis, în perturbarea cognitivă, emoţională şi comportamentală *modul în care reacţionează* persoana în situaţia respectivă prezintă o importanţă mai mare chiar decît evenimentele înseşi.

Reacţia obsesivo-fobică posttraumatică este posibilă şi în raport cu elementele mediului interpersonal, aceasta fiind legată de nevoia de acceptare, aprobare şi afecţiune din partea persoanelor semnificative.

Atunci cînd oamenii sînt furioşi, ei tind să vorbească şi să se gîndească tot mai mult la ceea ce i-a enervat şi fac aceasta într-un mod părtinitor şi deformat: „Ei *sînt* ciT ade-

vărat nedrepți! Cum e posibil să se poarte așa cu un om ca mine?" Și, destul de repede, ajung să exagereze nedreptatea care li s-a făcut. „Sînt *extraordinar* de nedrepți! N-am văzut niciodată ceva *atîî de revoltători"* în acest mod, ei se ambalează și în același timp se conving tot mai mult că au dreptate, că lucrurile sînt „cu adevărat" așa cum le văd ei. Cu această, calea spre o *reală* înțelegere a situației este blocată. Sentimentul de mînie este un argument convingător pentru individ, în sensul că el a avut dreptate, chiar dacă de fapt a fost vorba de un mod greșit în care a înțeles lucrurile.

Mai tîrziu, cînd individul se liniștește, vede adesea că enervarea sa a fost exagerată, mai ales cînd nedreptatea s-a dovedit minoră, iar ceilalți se scuză și explică motivul pentru care au procedat „așa". Autoperturbarea nu încetează însă o dată cu aceasta, pentru că pot sa intervină procesele de perturbare secundară, generate de perceperea reacției inadecvate și recunoașterea firească a erorii. „Am greșit că m-am comportat așa" poate continua cu dezvoltări autoperturbatoare. „Trebuia să nu fiu așa de mînios și revendicativ! Cît de stupid sînt de vreme ce m-am enervat atît de tare! Nu am să fiu niciodată în stare să mă controlez cum trebuie și am să mă manifest întotdeauna într-un mod respingător!" Această depreciere a propriilor capacități conduce de fapt la o accentuare a tendințelor individului de a se enerva ușor, de a pierde controlul asupra propriilor afecte.

Atunci cînd astfel de procese de autoperturbare și reperturbare durează, oamenii ajung la concluzia, mai mult sau mai puțin conștientă, că nu sînt capabili să controleze aceste schimbări ale simțămintelor, că evoluția lor depinde exclusiv de evenimentele din mediu și nu de ei înșiși și deci nu are nici un rost să încerce să le îngrădească sau să le direcționeze. Ei consideră că eforturile în această direcție sînt inutile, pentru că „așa e firea lor, n-ai cum s-o schimbi" și se consideră absolviți de responsabilitatea unor afecte, sentimente etc, care nu pot să fie schimbate.

Școala terapiei rațional-emotive consideră că majoritatea oamenilor anxioși, deprimați și iritabili, ostili datorită părerilor pe care le au cu privire la ușurința cu care pot să fie tulburați și la lipsa de sens a încercării de a se opune acestor fenomene, nici nu au încercat vreodată în mod serios să le controleze și să rămînă neperturbați. Chiar și atunci cînd se angajează într-un proces psihoterapeutic, ei încearcă doar „parțial" să gîndească, să simtă și să se comporte într-un mod diferit. Apare un fel de disonanță afectiv-cognitivă atunci cînd încearcă să se schimbe, ceea ce le creează o senzație de disconfort față de noile lor reacții (sănătoase); datorită pragului lor scăzut de toleranță la frustrare sînt înclinați să reacționeze împotriva procesului terapeutic care îi conduce spre creșterea gradului de sănătate mintală și au tendința de a reveni la vechile modalități dezadaptative de reacție. Modul în care interpretează rezultatele terapiei are aceleași efecte de autosabotare. Elis menționează trei astfel de modalități: 1) autoblamarea pentru a nu se fi schimbat suficient de repede și de profund; 2) opinia că este prea greu efortul de automodelare și că ar trebui să nu fie așa de greu, astfel îneît pare mai firesc drumul „înapoi" spre felul „natural" de a fi; 3) concluzia că nu este cu putință o schimbare mai mare decît cea care deja a fost obținută, care fixează ca obiectiv o „sănătate emoțională moderată".

Am descris pînă aici procesul de apariție și menținere a perturbării emoționale, cognitive și comportamentale. Pe canavaua acestui proces apar o serie de elemente cu rol de factori de augmentare a procesului. Cele mai importante și mai frecvente sînt ignoranța, neperceperea propriilor procese, rigiditatea, defensivitatea, absurditatea și indiferența, precum și orientarea spre schimbarea mai degrabă a situației decît a propriei persoane. Le vom trece pe scurt în revistă pentru a le putea mai ușor identifica atunci cînd se manifestă.

a) Ignoranța

Mulți oameni care se autoperturbă îşi ignoră această deficiență. Faptul că şi alții sînt la fel îi sprijină în credința lor că felul în care sînt nu are nimic nesănătos. Confruntați cu situații în care pierd ceva la care țin, ei consideră că este normal să fie puternic perturbați şi, ca urmare, lasă frîu liber tulburării care îi cuprinde, dacă nu chiar o amplifică în mod semiconştient. Problema autocontrolului le este necunoscută şi efectele acestei ignorante se resimt în frecvența şi amplitudinea perturbărilor emoționale, cognitive şi comportamentale.

b) „Judecata afectivă"

Există situații în care oamenii sînt conştienți de faptul că ei înşişi reprezintă propria sursa majoră de autoperturbare. Ei nu ignoră acest fapt, dar sînt incapabili să înțeleagă cum ar putea să nu se tulbure: „Ştiu că mă enervez singură spunîndu-mi că şi colegele de clasă ar trebui să țină la mine, dar pentru că eu o doresc atît de mult, nu văd cum aş putea să nu am absolută nevoie de asta pentru a fi fericită".

c) ***Neperceperea propriilor*** *procese*

„Eu nu mi-am spus nimic înainte de a mă simți penibil pentru că execut cele mai proaste aruncări la coş din toată echipa. M-am simțit pur şi simplu aşa." Sau: „Sînt de acord că mi-am spus în sinea mea: «trebuie să execut cele mai bune aruncări la coş din toată echipa», dar nu văd ce are asta a face cu sentimentul de ruşine pe care-1 resimt pentru că am cele mai slabe rezultate din echipă". Persoana care gîndeşte în acest fel nu vede legătura dintre tulburarea emoțională resimțită şi modul în care abordează situația. Cea de-a doua propoziție reprezintă totuşi un pas înainte, prin faptul că este conştientizată una din premisele cu care persoana intră în situație - dorința unei performanțe deosebite, dar insuficient fundamentată pe nivelul real de pregătire, nu numai sportivă, dar şi psihologică. Nu este însă percepută legătura dintre

această dorință intensă şi rezultatul slab obținut, deşi se ştie de multă vreme că starea de *supramotivare* conduce la deteriorarea performanțelor şi, ca urmare, la tensiuni psihice excesive. Neperceperea propriilor procese blochează drumul individului spre controlul asupra lor, spre eliminarea autoperturbării.

d) Rigiditatea

Unii oameni se cramponează de pretenții, cerințe, „nevoi" iraționale, de „insuportabilitatea", de „grozăvia" evenimentelor, obstacolelor care li se opun. Ei persistă în a suprageneraliza, exagerînd implicațiile negative ale evenimentelor, chiar şi atunci cînd înțeleg că aceste moduri de abordare a situațiilor au efecte care îi defavorizează. Această rigiditate a gîndirii se poate întîlni nu numai la bolnavii psihic, ci şi la persoane fără asemenea deficiențe.

e) Defensivitatea

Una dintre problemele cele mai importante pe care le ridică psihoterapia - dacă nu chiar cea mai importantă - este cea a mecanismelor de apărare a eului. O literatură foarte bogată a fost consacrată acestei probleme, identificată încă de Sigmund Freud şi fiica sa, Ana. Confruntați cu propriile deficiențe şi greşeli, oamenii par mai degrabă orientați spre a şi le masca, nega sau justifica, decît spre a le recunoaşte şi încerca să le înlăture. Tendința de apărare a eului, a imaginii de sine este firească, dar ea reprezintă un obstacol foarte mare în calea eliminării deficiențelor şi greşelilor proprii. în bună măsură, elementele discutate pînă aici, ca şi cele ce urmează, sînt forme particulare prin care individul încearcă să-şi „acopere", să-şi mascheze deficiențele. Conştientizarea rolului mecanismelor defensive permite o înțelegere a ceea ce altfel poate să pară fără sens, o ordonare logică a fenomenelor înregistrate. Din această perspectivă este „normal", de exemplu, ca individul să nu „vadă" că de fapt el îi atacă pe cei pe care îi acuză

că îl atacă. „Orbirea" sa îl împiedică să intre în relațiile bune cu ceilalți, pe care cu adevărat le dorește, așa cum ar putea să facă dacă ar înțelege că în realitate el este agresorul. Dar ea îl protejează împotriva unei alte surse importante de neliniște: recunoașterea faptului că el nu se comportă „cum trebuie", că este o persoană agresivă care se manifestă într-un mod pe care el însuși îl desconsideră. Individul își menține astfel frumoasa imagine despre sine, respectul, considerația față de propria persoană, chiar dacă plătește aceasta cu permenentele conflicte care îi macină nervii, îl împiedică să lucreze, îi dau dureri de cap, de stomac, insomnii, hipertensiune și un sentiment acut de nemulțumire.

f) Minimalizarea absurdă sau indiferența

Indiferența și minimalizarea absurdă a unor disfuncții serioase sînt considerate forme particulare de manifestare a mecanismelor de apărare. Atitudinea de bravadă se întîlnește frecvent la unii subiecți care intră, fără un motiv bine întemeiat, în tot felul de situații periculoase, care se pot solda cu accidente sau cînd se pune problema pregătirii pentru confruntarea cu un adversar redutabil. Așa cum arată R.S. Lazarus, minimalizarea și indiferența au unele efecte favorabile prin faptul că reduc tensiunea, anxietatea, crisparea în fața acțiunii dificile, dar, în același timp, aduc mari daune prin faptul că inhibă eforturile de schimbare.

g) Orientarea spre schimbarea situației mai degrabă dectt spre schimbarea propriei persoane

Tendința de a acționa mai degrabă pentru schimbarea situației decît pentru schimbarea propriei persoane nu se întîlnește numai la nevrotici. Ea este comună - și nu mai puțin defavorizantă — și oamenilor pe care îi putem considera normali sub aspect psihic. Aceasta poate fi înțeleasă și ca un reflex al erorii fundamentale de atribuire, care subliniază că în timp ce „ceilalți" văd în primul rînd responsabilitatea persoanei-țintă, aceasta supraevaluează forța determinantă a evenimentelor din context. Pe lîngă aspectele de ordin perceptiv (referitoare la faptul că personajul se vede mai puțin pe sine și mai mult evenimentele care îl înconjură), trebuie să luăm în considerare și rolul de protecție psihică, de apărare a imaginii despe sine pe care îl are perceperea extrapunitivă a cauzelor. Dacă mediul este cel care trebuie să fie schimbat, înseamnă că răul se află în exterior, acolo există niște deficiențe, nu în persoană, și aceasta își poate menține starea de automulțumire.

Combaterea gîndurilor negative în terapia rațional-emotivă

Raymond Di Giuseppe (1991) este de părere că procesul de contraargumentare a gîndurilor iraționale reprezintă nucleul psihoterapiei rațional-emotive.

Autorul propune un mod de contraargumentare pe patru niveluri, care să-1 ajute pe psihoterapeut să-și însușească arta contraargumentării:

1) natura evidenței (logică, empirică, euristică) a faptului că o idee este adevărată;
2) stilul retoric al contraargumentării: didactic, socratic, metaforic etc;
3) nivelul de abstractizare al argumentării;
4) gradul de centralizare al credințelor iraționale ale clientului (credințele iraționale centrale și derivate).

Inițial, Elis (1958, 1962) prezintă bine cunoscutul său model ABC,

De la prima ședință i se explică pacientului (clientului) că un eveniment nefericit activator (As) contribuie, dar nu produce perturbarea psihică (conduita de eșec, simptomele nevrotice) care se manifestă la nivelul C, producînd consecințe emoționale și comportamentale. De fapt, persoanele

se perturbă pe ele însele datorită opiniilor şi credinţelor iraţionale (iBs) cu privire la evenimentul activator As.
Terapeutul arată pacientului diferenţa uriaşă dintre credinţele raţionale (rBs), prin' intermediul cărora subiectul îşi exprimă dorinţa ca situaţia, evenimentul activator (As) să se modifice, şi credinţele iraţionale (iBs), care reprezintă cerinţe absolutiste şi absurde, conform cărora evenimentul activator (As) trebuie, cu orice preţ şi în orice condiţii să fie ameliorat. Chiar de la primele şedinţe i se demonstrează clientului cum să lupte prin intermediul contraargumentării (D = dispute) împotriva convingerilor iraţionale şi prin această metodă să ajungă la o nouă filozofie de viaţă eficientă (E), filozofie care va conduce la apariţia unor sentimente eficiente de autoajutorare şi la instalarea unor comportamente sănătoase, cu caracter adaptativ.

Wessler şi Wessler (1980) au extins varianta originală. In modelul lor B constă din două elemente: *inferenţe* (afirmaţii, predicţii şi concluzii cu privire la lume) şi *evaluări* (semnificaţiile pe care oamenii le atribuie evenimentelor vieţii).

Di Giuseppe (1986) arată că ideile iraţionale nu conduc la perturbări emoţionale într-un mod liniar, ci într-un mod ipotetico-deductiv. Astfel, inferenţele sau gîndurile automate ale unei persoane se limitează la cele care corespund schemei subiectului cu privire la lume şi viaţă.

Kuhn (1970) arată că oamenii realizează doar acele inferenţe pe care sînt pregătiţi să le realizeze conform cu modelul lor intern.

Procesul de contraargumentare are ca obiect provocarea clientului în ceea ce priveşte adevărul convingerilor sale şi reconstruirea unor noi credinţe. Oamenii nu pot fi opriţi să-şi elaboreze propriile lor teorii cu privire la lume, la ceilalţi şi la propria persoană. Aceste scheme, teorii şi paradigme ghidează subiectul să se adapteze adecvat condiţiilor de mediu, dar pot contribui şi la o adaptare necorespunzătoare, cu consecinţe psihopatologice.

Di Giuseppe denumeşte contraargumentarea adresată combaterii gîndurilor negative automate sau inferenţelor clientului *contraargumentare inferenţială,* în timp ce contraargumentarea îndreptată împotriva credinţelor iraţionale şi schemelor prin intermediul cărora clientul priveşte lumea şi viaţa *contraargumentare filozofică.*

Strategia contraargumentării plasează pe umerii clientului dovedirea faptului dacă gîndirea sa este corectă sau nu.

Combaterea gîndurilor iraţionale constă în a convinge clientul că oamenii au motive să creadă ceea ce cred. Toţi oamenii se bazează pe o epistemologie personală pentru a-şi susţine convingerile. în momentul în care terapeutul îi cere clientului să aducă dovezi în legătură cu credinţele sale, aceştia conştientizează epistemologia lor personală, implicită.

Autorul a constatat din practică faptul că unii clienţi dispun de o epistemologie implicită, care îi face să colaboreze cu dificultate în procesul contraargumentării gîndurilor iraţionale, deoarece epistemologia RET are la bază principiile gîndirii ştiinţifice.

Iată cîteva exemple de epistemologii personale:

1) *Epistemologia autoritară.* Unii clienţi consideră că înţelepciunea provine dintr-o sursă superioară, de natură spi rituală sau socială (un membru al familiei, o instituţie reli gioasă sau socială sînt considerate un fel de oracole).

2) *Epistemologia narcisistă.* Unii oameni cred că lucru rile sînt adevărate numai pentru că ei consideră aşa (tot ce le trece prin cap trebuie să fie adevărat).

Acest mod de abordare a realităţii îşi are originea în faptul că respectivii oameni se cred atît de inteligenţi încît tot ceea ce cred ei este obligatoriu să fie adevărat.

3) *Epistemologia constructiv istă.* Există şi persoane care consideră, la fel ca şi cercetătorii de orientare constructivistă, că toate punctele de vedere referitoare la realitate sînt valide în egală măsură şi că ei au dreptul să creadă un anumit

lucru chiar dacă terapeutul le demonstrează faptul că ceea ce cred ei este absurd.

în cazul în care clienţii la psihoterapie se situează pe vreuna din poziţiile epistemologice amintite, este indicat ca terapeutul să pună în discuţie la început validitatea poziţiei epistemologice respective şi abia apoi să treacă la restructurarea sistemului iraţional de credinţe al subiecţilor.

Gîndirea raţională se deosebeşte de alte moduri de gîndire mai ales prin caracterul său logic, ceea ce nu este valabil în cazul gîndurilor iraţionale, absurde.

Terapeutul trebuie să demonstreze clientului faptul că modul său de a gîndi nu are o bază logică, argumentînd faptul că ideile iraţionale sînt rezultatul modului său deformat de gîndire. El va căuta să accentueze modul lipsit de logică al diferitelor aspecte ale sistemului de credinţe al pacientului.

Astfel, de pildă, în cazul unui client care se culpabilizează pentru eă nu şi-a atins anumite obiective, i se poate adresa întrebarea dacă el ar condamna o altă persoană care nu şi-a atins aceleaşi obiective. De regulă, majoritatea clienţilor vor răspunde negativ la această întrebare, caz în care terapeutul va continua astfel: „atunci este logic să condamni o persoană care nu a realizat un anumit lucru şi să nu o condamni pe alta?". în felul acesta sînt puse în evidenţă erorile de logică ale clientului.

Verificarea în practică (validarea empirică) a gîndurilor iraţionale

Unul din criteriile conform căruia se pot aprecia gîndurile raţionale constă în concordanţa lor cu realitatea obiectivă. Dacă ceea ce crede clientul este adevărat, acest lucru se verifică în practică.

Astfel, de pildă, să presupunem că un client este supărat pentru că el consideră că soţia trebuie să-'l iubească, iar

aceasta nu-1 mai iubeşte. Supărarea subiectului este generată de gîndul iraţional „ea trebuie să mă iubească".

Terapeutul trebuie să-1 ajute pe client să verifice credinţa respectivă, trecînd în revistă modul în care s-a comportat soţia şi, în cazul în care nu se vor identifica tipuri de comportament care să pună în evidenţă dragostea, credinţa iraţională este infirmată, pentru că oricît am dori un anumit lucru, realitatea nu se modifică în acord cu dorinţele noastre.

Validarea empirică se potriveşte şi în cazul clienţilor care nutresc credinţa iraţională că nu vor putea suporta un eveniment activator stresant. Acestora li se demonstrează faptul că, în ciuda credinţelor lor, ei au făcut faţă de nenumărate ori evenimentelor stresante.

De asemenea, tendinţa unor subiecţi de a „catastrofiza" unele evenimente poate fi combătută prin sublinierea faptului că un eveniment activator extern nu duce în proporţie de 100% la producerea unei catastrofe. Gîndurile iraţionale cu conţinut autodevalorizator pot fi combătute subliniindu-se. faptul că ideea că cineva este total lipsit de valoare nu are logică, pentru că orice om face anumite lucruri bine şi este important măcar pentru unele persoane, chiar dacă importanţa respectivă are la bază alte criterii decît ale subiectului în cauză.

O altă caracteristică a gîndurilor raţionale constă în aceea că ele trebuie să-1 ajute pe subiect să-şi atingă scopurile.

Oamenii de ştiinţă îşi validează teoriile mai ales prin valoarea lor euristică şi funcţională.

Terapeutul specializat în RET trebuie să-1 interogheze pe client cu privire la faptul că ideile şi credinţele lui îl ajută să rezolve vreo problemă de viaţă sau să atingă un obiectiv dezirabil. Această tehnică poartă denumirea de „argumentare euristică". Mai precis, clienţii sînt solicitaţi să evolueze consecinţele menţinerii credinţelor lor iraţionale:

„Ce stări emoţionale declanşează acestea?"

„Ce produc emoţiile respective?

„Dacă acele trăiri afective le provoacă suferinţe şi tulburări, de ce doresc ei să le menţină?"

„Care sînt comportamentele care urmează, de regulă, gîndurilor iraţionale?"

„Au respectivele comportamente consecinţe pozitive sau negative?"

„îi ajută acestea pe pacienţi să-şi atingă obiectivele pe termen lung?"

Di Giuseppe (1991) este de părere că argumentarea de tip euristic este una dintre tehnicile cele mai eficiente din cadrul terapiei raţional-emotive pentru că beneficiază de cele mai multe întăriri produse de situaţiile reale.

Construirea unui sistem raţional de gîndire

Demonstrarea caracterului iraţional al unor credinţe nu este suficientă pentru a le elimina, pentru că adesea oamenii sînt convinşi de caracterul lipsit de logică al credinţelor respective, dar nu dispun de un sistem alternativ de gîndire care să-l poată înlocui pe cel disfuncţional.

Istoria ştiinţei a dovedit în nenumărate cazuri faptul că oamenii nu renunţă la ideile lor, în ciuda evidenţei iraţionalităţii acestora, pînă cînd nu au alte idei înlocuitoare.

Există multe forme de psihoterapie care se bazează pe principiul conştientizării (Prochaska şi Di Clemente, 1984), care postulează faptul că în momentul în care clienţii (pacienţii) devin conştienţi de problemele lor sau de motivul care îi determină să acţioneze într-un anumit mod, potenţialul latent de autoactualizare se va activa şi oamenii vor începe să gîndească şi să acţioneze într-un mod mai adaptativ.

Astfel, psihanaliştii sînt de părere că subiectul care a conştientizat conflicte produse în copilăria timpurie va scăpa de tulburările sale nevrotice. Terapia centrată pe client a lui

Rogers postulează faptul că dacă terapeutul îl va accepta în mod necondiţionat pe clientul său, acesta va conştientiza constrîngerile interioare care îl împiedică să devină o persoană autoactualizată şi această conştientizare va declanşa, la rîndul său, procesul de activare a disponibilităţilor sale psihice latente, fapt ce conduce la însănătoşirea şi la evoluţia individului.

Terapeuţii specializaţi în terapie raţional-emotivă (RET) consideră, aşa cum am mai subliniat, că simplul „insight" (iluminare) cu privire la natura problemelor subiectului nu este suficient pentru a se realiza schimbarea.

Pentru a obţine o restructurare reală în plan comportamental este necesară restructurarea cognitivă, care presupune înlocuirea sistemului de credinţe iraţionale cu un sistem mai raţional.

Wein, Nelson şi Odem (1975) au realizat un experiment pe două grupuri de subiecţi aflate în terapie. Subiecţilor din primul grup li s-au explicat doar motivele pentru care sistemul lor de gîndire este iraţional, în timp ce subiecţii din cel de-al doilea grup au învăţat cum să gîndească mai raţional. Indicatorii eficienţei procesului psihoterapeutic au evidenţiat progrese semnificativ mai mari la cel de-al doilea grup.

Observaţiile clinice au arătat că în cîrdul demersului psihoterapeutic de combatere a gîndurilor negative este foarte importantă şi maniera de argumentare.

Di Giuseppe (1991) a identificat patru stiluri diferite de contraargumentare în scopul combaterii gîndurilor şi credinţelor iraţionale, generatoare de simptome psihopatologice şi de comportamente dezadaptative:

1) Stilul didactic

Demonstrînd clienţilor săi modul în care funcţionează terapia raţional-emotivă, Elis (1989) utiliza adesea stilul didactic, bazat pe explicaţii directe legate de fundamentele teo-

retice ale sistemului său terapeutic, de particularităţile evenimentului activator extern al gîndurilor iraţionale, al emoţiilor şi comportamentelor generate de respectivele gînduri, precum şi de mecanismele formării gîndurilor raţionale alternative.

2) Stilul socratic

Acest stil îşi are originea în dialoguri care reflectă modul de gîndire a marelui filozof grec din antichitate. Stilul socratic se bazează pe ideea că modul cel mai eficient de a învăţa pe cineva un anumit lucru constă în a-i adresa persoanei respective o serie de întrebări cu caracter directiv, în scopul de a obţine informaţii de la aceasta. Acest stil reprezintă un fel de învăţare prin descoperire.

Terapetul care utilizează acest stil va adresa clienţilor tot felul de întrebări care să-i conducă la descoperirea faptului că nu există temeiuri raţionale pentru ideile lor.

Iată cîteva exemple de astfel de întrebări:

„De unde rezultă faptul că soţia ta trebuie să te iubească pentru că tu doreşti foarte mult acest lucru?"

„Există vreo dovadă a faptului că soţia ta pune în acţiune un comportament care arată că te iubeşte atunci cînd tu îi spui că *trebuie* să realizeze acest lucru?"

Stilul didactic este util pentru toţi clienţii în fazele iniţiale ale psihoterapiei sau atunci cînd se abordează o problemă nouă, dar utilizarea în exclusivitate a acestui stil nu ajută în suficientă măsură clientul să practice individual contraargumentarea gîndurilor negative iraţionale.

Din acest motiv, în fazele mai avansate ale psihoterapiei este indicată îmbinarea celor două stiluri de a lupta contra gîndurilor iraţionale.

Există însă şi unii clienţi, caracterizaţi printr-o inteligenţă mai limitată, un nivel scăzut al abilităţilor creative sau care sînt excesiv de perturbaţi emoţional, care nu reacţionează pozitiv la stilul „socratic" de abordare, stil care îi inhibă, în astfel de situaţii terapeutul trebuie să abandoneze acest

mod de abordare după 5-10 minute de încercare nereuşită şi să revină la stilul didactic, bazat pe explicaţii.

3) Argumentarea metaforică

Metaforele şi parabolele sînt considerate strategii eficiente în cadrul psihoterapiei raţional-emotive. Majoritatea lucrărilor consacrate utilizării metaforelor în psihoterapie îşi au originea în studiile lui Milton Erickson. Ceea ce este însă specific utilizării metaforelor în terapia ericksoniană este faptul că sensul metaforic nu este explicat subiectului, considerîndu-se că acesta îl va surprinde la nivel inconştient.

Di Giuseppe şi Muran (1990) nu sînt de acord cu acest mod de abordare şi propun un demers în două etape. într-o primă etapă terapeutul trebuie să precizeze în mod clar ideea pe care doreşte să i-o comunice clientului. Apoi acesta va explora demersurile pe care le cunoaşte mai bine subiectul (religie, artă, literatură, film, sport etc). Următorul pas pentru terapeut constă în a identifica în cadrul domeniului ales o situaţie similară ca structură cu ceea ce doreşte să comunice subiectului, situaţie care va avea funcţia de metaforă terapeutică. Pentru că nu este de la sine înţeles că subiectul va sesiza analogia, terapeutul va trebui să exploreze prin metode didactice sau socratice modul în care subiectul a înţeles sensul mesajului metaforic. în continuare, subiectul este interogat în legătură cu modul în care ar putea utiliza metafora în lupta contra gîndurilor negative şi apoi este instruit să-şi reamintească metafora ori de cîte ori se simte perturbat emoţional, metafora urmînd să-i amintească de procesul de combatere a credinţelor iraţionale.

4) Argumentarea care utilizează umorul

Un alt mod de luptă împotriva gîndurilor iraţionale disfuncţionale se bazează pe umor. încă în 1985 Elis considera utilizarea umorului ca pe o strategie deosebit de eficientă în cadrul terapiei raţional-emotive.

Pentru a utiliza eficient umorul ca instrument psihoterapeutic, trebuie respectată următoarea regulă: „niciodată nu trebuie să rîdem de client, ci doar de comportamentele sau gîndurile sale'".

Gîndurile iraționale pot fi structurate la niveluri diferite de generalizare. Astfel, de pildă, în cazul în care Mihai este supărat pentru că soția sa nu se comportă aşa cum ar dori el să se comporte acesta poate declanşa gînduri iraționale de tipul:

1) „ea *trebuie* să pregătească masa atunci cînd eu i-o cer";
2) „ea *trebuie* să facă lucrurile aşa cum doresc eu să le facă";
3) „membrii familiei mele *trebuie* să facă totul aşa cum doresc eu";
4) „toți oamenii trebuie să facă ceea ce doresc eu*';
5) „lumea trebuie să fie aşa cum doresc eu".

Aceste credințe iraționale se caracterizează prin grade diferite de generalitate şi abstratizare. în cazul în care subiectul nutreşte primul gînd irațional, puține evenimente activatoare vor produce tulburări emoționale. Pe măsură însă ce gîndurile iraționale capătă un caracter tot mai general, ele devin tot mai perturbatoare pentru că este în creştere şi numărul de situații care îl pot perturba pe subiect. Această regulă este valabilă şi pentru gîndurile alternative. Astfel cu cît acestea au un grad mai mare de generalitate, cu atît se vor potrivi la un număr mai mare de situații şi-1 vor ajuta pe subiect să evite să se lase perturbat.

în timpul psihoterapiei clienții pot să fie mai înclinați să identifice variantele concrete ale gîndurilor iraționale. Astfel, dacă îl întrebăm pe Mihai „la ce te-ai gîndit ultima oară cînd te-ai supărat pe soția ta?", acesta va da probabil un răspuns concret. Credința irațională concretă este mai uşor identificată de subiect şi acesta este mai înclinat să o modifice.

în cazul în care terapeutul şi-a format o ipoteză cu privire Ia stilul de gîndire irațională utilizat de subiect se poate trece la identificarea unor gînduri mai abstracte, asupra cărora se va centra procesul terapeutic, dînd astfel posibilitatea acestuia să aplice cele învățate în cursul terapiei la un număr cît mai mare de situații.

Cu toate acestea, centrarea excesivă pe gîndurile negative cu aspect foarte general împiedică un client să învețe să aplice o regulă la un caz particular.

Soluția la această problemă constă în schimbarea atitudinilor, realizîndu-se o comunicare cu subiectul atît la nivel particular, cît şi la nivel general, în sensul că terapeutul trebuie să se mişte în timpul terapiei de la un nivel de abstractizare la altul.

Inițial, Elis (1958-1962) a identificat 11 credințe iraționale care se întîlnesc mai frecvent la majoritatea oamenilor, credințe pe care Walace şi colaboratorii săi (1980) le-au grupat în 5 categorii:

- solicitări nerealiste;
- afirmații de tipul „trebuie" cu orice preț;
- afirmații legate de valoarea personală;
- tendința de a „catastrofiza" evenimentele şi situațiile;
- credințe care reflectă o toleranță scăzută la frustrație.

Ulterior, Campbell (1985) şi Burgess (1990) s-au oprit doar la patru grupe de credințe iraționale:

- solicitări nerealiste;
- credințe legate de valoarea personală;
- tendința de „catastrofizare";
- credințe legate de toleranța scăzută la frustrație.

Autorii menționați mai sus sînt de părere că respectivele gînduri şi credințe iraționale sînt legate de trei importante motive ale ființei umane: nevoia de aprobare, nevoia de realizare şi nevoia de confort.

Prezentăm în cele ce urmează un model de combatere a credințelor iraționale, model adaptat după Di Giusseppe (1991).

Să luăm drept exemplu tot afirmația irațională a lui Mihai: „Soția mea *trebuie* să-mi pregătească masa atunci cînd eu doresc acest lucru".

Contraargumentarea după modelul „socratic" se va baza pe următoarele contraargumente (dovezi) împotriva credințelor absurde:

- *Logic:* Mihai - de unde rezultă că doar pentru că tu dorești ca soția ta să pregătească masa la un moment dat sau pentru că ție ți-ar conveni mai mult acest lucru ea ar trebui să se comporte așa cum dorești tu?"
- *Empiric:* „Se pare că tu i-ai spus soției cînd dorești să-ți pregătească masa și continui să crezi că ea trebuie să facă acest lucru, dar avem vreo dovadă că ea a"făcut sau face ceea ce i-ai cerut tu?"
- *Euristic:* „în ce măsură căsnicia ta, viața de familie sau viața ta în genral au beneficiat de pe urma faptului că tu *crezi* că soția ta ar *trebui* să gătească atunci cînd dorești tu acest lucru?".
- *Construirea unei noi convingeri mai raționale:* „Mihai, dacă ești de acord că soția ta nu trebuie neapărat să-ți gătească atunci cînd tu dorești acest lucru, ce alt gînd ai pune în loc?"

în cazul în care clientul nu este capabil să găsească o soluție în urma acestor întrebări adresate în stilul socratic, terapeutul trebuie să revină la stilul didactic de argumentare și abia ulterior să revină din nou la stilul socratic pentru a vedea în ce măsură clientul său a izbutit și a înțeles să-și însușească modalitatea de a lupta împotriva gîndurilor negative.

Pe măsură ce demersul psihoterapeutic progresează, terapeutul va generaliza modalitățile de combatere prin contraargumentare și la alte sectoare ale vieții pentru că din anamenză a rezultat faptul că Mihai are și alte credințe și solicitări iraționale față de soția sa.

O strategie eficientă de luptă contra gîndurilor iraționale constă în a obține generalizarea erorii de a adresa solicitări nerealiste, a acționa asupra modalității „trebuie neapărat" și a o combate pe aceasta la toate nivelurile de generalitate, coborîndu-se apoi din nou la analizarea unor exemple concrete:

1) Contraargumentare didactică, abstractă, logică:

„Mihai, nu există nici o lege care să postuleze faptul că soția ta trebuie să facă ceea ce dorești tu să facă";

2) Contraargumentare didactică, abstractă, empirică:

„Tu te necăjești adesea pentru că soția ta nu face ceea ce dorești tu ca ea să facă. Acest lucru dovedește faptul că ea nu se comportă în modul în care dorești tu doar pentru că decretezi sau soliciți acest lucru".

3) Contraargumentare didactică, abstractă, euristică:

„Din cele ce mi-ai povestit rezultă faptul că atitudinea ta, caracterizată prin a adresa solicitări nerealiste soției, a condus la o serie de consecințe negative pentru tine:

- te simți deprimat și iritat atunci cînd soția nu se comportă așa cum dorești;
- te comporți necorespunzător față de ea, fapt ce a condus la înrăutățirea relațiilor dintre voi;
- copiilor le este teamă să rămînă cu tine pentru că se așteaptă să faci scandal;
- ai pierdut foarte multe aspecte agreabile care țineau de viața ta de familie.

4) Construirea didactică și abstractă a unei credințe raționale alternative:

„Poate ai putea gîndi altfel: aș dori ca soția mea să facă totdeauna ceea ce doresc eu, dar nu există nici o lege în universul acesta care să postuleze faptul că ea trebuie să se comporte așa cum doresc eu și nici măcar nu dorește să facă acest lucru. Ea este o persoană independentă și are propriile sale dorințe".

O dată ce terapeutul a ajuns în acest punct, el trebuie să revină la modul socratic de contraai'gu'rh'e'ntâre'pehtru a vedea în ce măsură clientului îi este clar ce are de făcut. în cazul în

care subiectul şi-a însuşit modalitatea didactică de luptă împotriva gîndurilor negative, lipsite de logică, se poate trece la verificarea celor învăţate în plan mai concret:

„Bine, se pare că ai înţeles că nici lumea, nici soţia ta nu trebuie să fie aşa cum doreşti tu să fie. Să vedem acum dacă eşti capabil să aplici acest nou mod de gîndire la o altă persoană. Ai spus că te supără atunci cînd soţia vorbeşte la telefon cu prietenii ei, să vedem ce credinţă iraţională se află în spatele nemulţumirii tale...".

Se procedează, în continuare, şi la contraargumentarea altor convingeri absolutiste („trebuie neapărat").

Clientul în cauză are două astfel de convingeri: una legată de faptul că el nu poate suporta ca lucrurile să nu se desfăşoare aşa cum doreşte el (convingere ce evidenţiază o rezistenţă scăzută la frustraţie) şi cealaltă se referă la tendinţa de autodevalorizare („nu sînt un bărbat adevărat şi nu am valoare dacă nu-mi pot conduce soţia").

în practică terapeutul nu trebuie să se cantoneze rigid de secvenţa de contraargumentare prezentată mai sus, el putînd utiliza metodele învăţate aşa cum doreşte, în funcţie de specificul fiecărui caz în parte.

Metodele şi tehinicile terapiei raţional-emotive se pot combina în mod eficient şi cu relaxarea, hipnoza, jocul de rol, precum şi cu cele ale terapiei cognitiv-comportamentale, în cadrul unui demers eclectic.

Flexibilitatea psihoterapiei raţional-emotive (RET). Formarea alianţelor şi compromisurilor

Alianţa terapeutică

Bordin (1979) consideră că alianţa terapeutică se referă la complexul de legături (ataşamente şi înţelegere mutuală) formate în timpul psihoterapiei.

Autorul consideră că alianţa terapeutică implică:

a) legături: conexiuni interpersonale între client şi terapeut;

b) obiective: comune atît pacientului, cît şi terapeutului;

c) sarcini: activităţi comune ale terapeutului împreună cu clientul, desfăşurate în vederea îndeplinirii obiectivelor.

Bordin (1979) arată şi faptul că psihoterapia este eficientă în următoarele situaţii:

1) cînd relaţia dintre cei doi este apropiată;

2) cînd cei doi cad de acord asupra obiectivelor te rapiei;

3) cînd înţeleg sarcinile terapeutice proprii şi pe ale celorlalţi şi sînt de acord să ducă la îndeplinire aceste sarcini în vederea atingerii scopurilor terapeutice ale clientului.

Un psihoterapeut flexibil trebuie să conştientizeze faptul că unii pacienţi preferă un tip de alianţă terapeutică (de pildă, formală), iar alţii alt tip (o relaţie mai caldă, mai apropiată), venind în întîmpinarea expectaţiilor clienţilor, măcar la începutul terapiei.

Psihoterapuţii specializaţi în RET au un stil terapeutic activ şi directiv, stil ce rezultă din principiile terapiei raţional-emotive. Practica a demonstrat însă că acest stil nu dă rezultate bune la clienţii prea pasivi, unde nu face decît să accentueze pasivitatea.

Bentler (1983) argumentează faptul că orice abordare terapeutică poate fi privită ca un proces de persuasiune. Acest fapt este cu atît mai evident în RET, unde terapeutul încearcă să-1 determine pe client să-şi reevalueze şi să-şi modifice gîndurile iraţionale. Din acest motiv, practicienii RET trebuie să fie atenţi cînd lucrează cu subiecţi ce au un spirit exagerat de independenţă, pentru care un astfel de stil este perceput ca ameninţător. Referitor la obiectivul terapeutic, este firesc ca între terapeut şi pacient să existe im acord îiji ceea, ce priveşte acest obiectiv. Dificultăţile pot să apară*aturici,cînd terapeutul acceptă necritic definirea iniţială pe care clientul o dă

problemei sale, definire care este „biasată" de perturbarea psihologică sau de internaiizarea unor norme şi valori provenind de la persoane semnificative.

Pentru a se evita astfel de probleme, terapeutul trebuie să păstreze un canal de comunicare permanent deschis cu pacientul şi să realizeze ceea ce Dryden şi Hunt (1985) numesc negocierea şi renegocierea diverselor aspecte ale psihoterapiei.

O dată ce clientul şi terapeutul au ajuns la un acord mutual în ceea ce priveşte înţelegerea problemelor clientului, terapeutul va discuta împreună cu clientul o varietate de tehnici care pot fi utilizate pentru atingerea obiectivelor terapeutice. Mai precis, terapeutul şi clientul trebuie să rezolve împreună o serie de sarcini.

RET este eficientă în rezolvarea sarcinilor atunci cînd sînt îndeplinite următoarele condiţii (Dryden, 1989):

1. Clienţii înţeleg în ce constau sarcinile pe care le au de îndeplinit.

2. Clienţii înţeleg în ce mod executarea sarcinilor îi ajută să-şi atingă obiectivele.

3. Clienţii sînt capabili să execute respectivele sarcini şi sînt convinşi de faptul că au această capacitate.

4. Clienţii înţeleg faptul că schimbarea comportamen tului vine după repetarea de un număr suficient de mare de ori a sarcinilor.

5. Clienţii înţeleg în ce constă sarcina terapeutului, văd legătura dintre aceasta şi propriile lor sarcini şi obiective.

6. Terapeuţii îi pregătesc suficient pe clienţi pentru a înţelege şi executa respectivele sarcini.

7. Terapuţii stăpînesc bine tehnica RET

8. Terapeuţii aplică acele strategii care sînt congruente cu stilul de învăţare al clientului. (Unii învaţă mai repede din practică, alţii citind texte etc).

9. Clientul participă activ la alegerea strategiei adec vate, terapeutul propunîndu-i mai multe strategii posibile.

10. Terapeutul îşi plasează intervenţiile în mod oportun şi alege acele strategii care se dovedesc eficiente în cazul respectiv.

Realizarea unor compromisuri în aplicarea RET (Dryden, 1989)

Deşi terapia raţional-emotivă urmăreşte o modificare filozofică de profunzime a clientului, în sensul înlocuirii stilului iraţional de gîndire cu unul raţional, acest lucru nu este totdeauna posibil. în astfel de cazuri, terapeuţii trebuie să realizeze o serie de compromisuri pentru a-i ajuta pe clienţi să-şi rezolve problemele, aplicînd strategii care nu vizează modificări ale concepţiei filozofice a clienţilor.

a) Modificări „ inferenţiale"

Se produc atunci cînd clienţii nu-şi modifică convingerile iraţionale profunde, dar reuşesc să corecteze unele raţionamente distorsionate, cum ar fi, de pildă, predicţiile negative, interpretarea negativă a unor evenimente sau a comportamentului celorlalţi.

Astfel, de pildă, o pacientă între două vîrste era cuprinsă de furie ori de cîte ori tatăl ei vîrstnic îi telefona şi o întreba: „Bună, ce mai faci?" Ea interpreta acest lucru ca pe o „intervenţie brutală în viaţa ei particulară, insistînd în mod absolutist asupra faptului că tatăl nu avea dreptul să facă asta.

Terapeutul a încercat să contraargumenteze, luptînd împotriva convingerii ei dogmatice şi explicînd faptul că nici o lege din lume nu-i poate interzice tatălui să se amestece în viaţa copiilor lui. Toate încercările de acest tip au eşuat. Atunci, terapeutul a schimbat tactica, ajutînd-o pe clientă să se întrebe dacă tatăl se amestecă cu adevărat în viaţa ei. Terapeutul a făcut afirmaţia că, ţinînd seama de vîrsta lui, e mai probabil că întrebarea respectivă reprezintă modul lui stereotip de a se adresa la telefon decît intenţia de a se amesteca în viaţa fiicei sale. Această încercare s-a dovedit eficientă, furia

pacientei reducîndu-se pentru că ea a interpretat altfel moti-
vatia tatălui ei.

b) Modificări comportamentale

Acestea apar atunci cînd clientul nu-şi schimbă convingerile negative, dar obține modificări favorabile în sfera comportamentului, înlocuind un comportament disfuncțional cu unul constructiv.

Astfel, de pildă, Silvia, studentă în anul I, s-a prezentat la psihoterapie pentru anxietate puternică în legătură cu examenele. Era convinsă că va cădea la examene şi că atunci va fi „sfîrşitul lumii". Orice încercare de a-i combate convingerile absolutiste a eşuat. Atunci terapeutul s-a îndreptat spre studierea modului cum învăța clienta sa şi a observat că ea avea un stil defectuos de învățare (stăruia mult asupra primelor subiecte şi nu reuşea să termine toată materia). In acest caz, terapeutul a făcut cu ea exerciții de învățare eficientă şi rezultatele au fost excelente, deşi fata păstra în continuare convingerile ei absurde.

c) Modificarea evenimentului activator (As) atunci cînd este posibil

Astfel, un tînăr care suferea de depresie a fost ajutat să se debaraseze de aceasta schimbînd serviciul. El era deprimat pentru că nutrea următoarea convingere irațională: „trebuie să-mi placă serviciul pentru a fi fericit".

Orice încercare de combatere cu ajutorul unor argumente a acestei convingeri a eşuat. în acest caz, terapeutul a realizat o evaluare a intereselor vocaționale ale clientului, din care a rezultat că pacientul s-ar simți mai fericit ca avocat decît ca jurist-consult.

Ellis, părintele psihoterapiei rațional-emotive (RET), consideră că gradarea sarcinilor terapeutice reprezintă un act antiterapeutic, pentru că nu face decît să întărească anxietatea pacientului. Din acest motiv, Ellis utiliza metoda unei expu-

neri totale şi brutale la stimulul anxiogen (exemplu: să urce de 100 de ori cu liftul la etajul X), considerînd că în felul acesta clientul va depăşi anxietatea de disconfort şi îi va creşte toleranța la frustrație.

Cu toate acestea, practica clinică a arătat că un număr mare de clienți nu acceptă metoda expunerii totale în timpul sarcinilor pentru acasă.

în cazul în care terapeutul încearcă să-i determine totuşi pe pacienți să practice programul de expunere totală, el poate comite două greşeli terapeutice:

a) periclitarea alianței terapeutice;

b) terapeuții „pisălogi" nu reprezintă modele de urmat pentru clienți, pentru că se comportă exact invers decît spun principiile terapiei rațional-emotive: ei cred că clientul *tre buie* cu orice preț să fie eficient şi să îndeplinească ceea ce i se cere.

Cum trebuie procedat în astfel de cazuri?

Atunci cînd clientul refuză sarcini care să solicite expunere totală, trebuie să i se explice problema compromisului terapeutic, clientul fiind apoi invitat să-şi aleagă o sarcină suficient de dură pentru a se evita întărirea concepției sale greşite că are rezistență scăzută la frustrație, dar care să nu-i depăşească posibilitățile. Cînd i se dă clientului ocazia să-şi gradeze singur sarcinile, alianța terapeutică se întăreşte.

Deşi uneori trebuie utilizate, soluțiile de compromis terapeutic prezintă şi unele dezavantaje:

1. Clienții care au reuşit să modifice inferențele (raționamentele) negative, se pot întîlni în viață cu evenimente care le confirmă raționamentele. Pentru că nu şi-au schimbat sistemul irațional de credințe, ei vor fi perturbați de astfel de evenimente. Astrel, de pildă, pacienta menționată poate constata că, într-adevăr, tatăl vrea să se amestece în treburile ei.

2. Clienții care modifică doar comportamentul, nu şi convingerile, pot fi confruntați cu evenimente care să le activeze convingerile iraționale (exemplu: Silviei i se poate întîmpla să piardă un examen).

3. Clienţii care preferă să modifice evenimentul activa tor (situaţia) pot, la rîndul lor, să întîlnească evenimente care le pot activa convingerile iraţionale (exemplu: interesul tînărului pentru avocatură poate să scadă).

4. Clienţii care aleg metoda desensibilizării prin stimul provocativ, dar care să nu le depăşească posibilităţile, pot deveni vulnerabili în situaţii care îi depăşesc.

Un model de educaţie şi consiliere bazat pe principiile psihoterapiei raţional-emotive (REGIME)

în cele ce urmează vom prezenta modelul de consiliere bazat pe principiile psihoterapiei raţional-emotive propus de Dawson în 1991.

Modelul, format din 6 etape şi denumit „Regime", pune accent pe dimensiunile afectivă, cognitivă şi comportamentală ale subiectului.

Modelul cuprinde următoarele etape:

R: Relaţia terapeutică;

E: Responsabilitatea emoţională;

G: Stabilirea de scopuri;

I: Intervenţia care este îndreptată spre realizarea scopurilor;

M: Monitorizarea temelor pentru acasă;

E: Evaluarea schimbării şi terminarea terapiei.

Etapa 1: Stabilirea relaţiei terapeutice între client şi terapeut

Această relaţie se caracterizează prin aceea că terapeutul ascultă cu atenţie, transmite feedback-uri şi vorbeşte despre emoţiile clientului fără să-1 ajute pe acesta să-şi clarifice problemele emoţionale şi practice şi să-şi construiască relaţia sa cu terapeutul.

Terapeutul trebuie să manifeste o atitudine pozitivă necondiţionată, rămînînd în sistemul de referinţă al clientului.

Modalitatea de adresare trebuie să fie aceasta:

„Te simţi (se trec în revistă diverse reacţii emoţionale) atunci cînd (se prezintă situaţii sau evenimente)", fără ca terapeutul să realizeze o participare emoţională reală la problemele clientului, ci doar să reflecte gîndurile acestuia.

Etapa se încheie cînd terapeutul înţelege exact, clarifică şi transmite clientului feedback-uri cu privire la perturbarea sa comportamentală şi emoţională.

în această etapă, terapeutul trebuie să evalueze clientul în acord cu următoarele dimensiuni:

- comportament;
- afectivitate;
- senzaţii (sensibilitate);
- imaginaţie;
- cogniţie;
- relaţii interpersonale;
- regim alimentar;
- medicamente / droguri / alcool;
- stil de viaţă.

După ce a obţinut informaţiile din domeniile menţionate, terapeutul prezintă clientului un rezumat al celor investigate. Acest lucru îl impresionează pe client, fapt ce are drept consecinţă o mai bună colaborare a acestuia.

Etapa 2. Responsabilitatea emoţională

Terapeutul îl ajută pe pacient să-şi recunoască contribuţia personală în ceea ce priveşte reactivitatea emoţională la propria persoană, la ceilalţi şi la împrejurările de viaţă.

Terapeutul realizează acest lucru învăţîndu-1 pe client care este relaţia dintre As (evenimentul activator), Bs (gîndurile iraţionale) şi Cs (consecinţele emoţionale şi comportamentale).

Pentru a realiza acest lucru, autorul propune tehnica completării de fraze, după modelul:

„Cînd se întîmplă aceasta, tu simți..... (emoții, senzații), pentru că.....(se evidențiază legătura cognitivă cauzală dintre As şi Cs).

Exemplu: Cînd te pregăteai să ții discursul, te-ai simțit anxios, încordat, transpirat, pentru că.....

în cazul în care clientul răspunde repetînd împrejurările în care a avut loc evenimentul („pentru că trebuia să mă ridic în picioare şi să vorbesc"), terapeutul reia întrebarea: „Cînd te-ai ridicat în picioare pentru a vorbi, te-ai simțit anxios, transpirat, încordat *pentru că*.....".

Se pot adresa şi întrebări de genul următor:

„Crezi că alți oameni în situația ta s-ar simți şi mai anxioşi, deprimați, vinovați etc? Care ar fi motivul care i-ar face să se simtă astfel?"

O dată gîndurile negative identificate, terapeutul spune: „Aha! te-ai simțit aşa pentru ca ăi *gîndit* că.....

Terapeutul este sigur că clientul şi-a asumat responsabilitatea emoțională a reacțiilor sale atunci cînd, întrebat fiind „de ce ai fost atît de supărat, anxios, deprimat etc?", clientul va răspunde: „pentru că am gîndit că.....".

Etapa 3. Stabilirea obiectivelor (scopurilor). Strategii de intervenție

Deşi psihoterapia rațional-emotivă RET este cunoscută mai ales pentru utilizarea tehnicii contraargumentării îndreptate în direcția combaterii gîndurilor irționale, un terapeut competent trebuie să apeleze şi la alte strategii comportamentale, emoționale şi cognitive de modificare a comportamentului.

Aceste tehnici pot fi împrumutate şi din cadrul altor sisteme de psihoterapie. Astfel, de pildă, gîndurile raționale care sînt puse în locul celor irționale pot deveni sugestii posthipnotice.

Trebuie subliniat faptul că există unii clienți care resping tehnica contraargumentării, mai ales atunci cînd sînt încă inundați de modul lor negativ şi irațional de a gîndi. Pentru astfel de clienți este indicată utilizarea tehnicii dialogului socratic, aşa cum am mai subliniat, prin adresarea de întrebări; acest gen de dialog este menit să direcționeze atenția interlocutorului asupra iraționalității propriei gîndiri. Caracteristicile acestui gen de dialog constau din aceea că cel care întreabă cunoaşte dinainte răspunsul şi printr-o serie de întrebări îl aduce pe interlocutor în mod inexorabil spre unul din răspunsurile prestabilite.

O altă variantă interesantă este „strategia lui Colombo", strategie în care terapeutul joacă rolul unei persoane zăpăcite şi nesigure atunci cînd se confruntă cu un comportament irațional din partea clientului său.

Exemplu: „Spui că doreşti să-ți îmbunătățeşti performanțele la birou, dar în acelaşi timp nu-ți place să învîrteşti hîrtii. Poți să-mi explici asta mai clar?"

Abordarea socratică în RET îl face pe client să descopere singur diferența dintre a dori şi a solicita cu orice preț. O tehnică socratică de a conduce pe client să-şi dea seama de solicitările sale absolutiste se numeşte „validarea dorințelor". Tehnica constă în a testa şi apoi în a susține dorințele clientului, ca şi cum acestea ar fi rezonabile (logice), şi apoi dezbaterea expectațiilor clienților atunci cînd ei „au obținut" ceea ce în „mod rațional" au dorit. Se realizează în" cele din urmă o reducere la absurd.

Astfel, de pildă, o clientă se temea că îşi va pierde partenerul gelos şi intolerant.

Iată un model de dialog (după Dawson, 1991): *T:* Mary, de ce doreşti să fii într-o relație apropiată şi intimă cu cineva? C: Pentru că . . . dacă voi fi singură, nu voi putea rezista.

T: Mary, se pare că motivele pentru care tu doreşti să fii într-o relaţie apropiată cu cineva sînt importante şi rezonabile.
C: Cred că da.
T: Este un motiv suficient de important pentru ca tu să insişti să obţii ceea ce vrei?
C: Nu înţeleg ce vreţi să spuneţi.
F: Simţi că ai nevoie de o astfel de relaţie?
C: Da.
T: Deci, simţi că ai nevoie de o astfel de relaţie şi că trebuie să o ai pentru că este un lucru raţional pe care îl doreşte oricine, nu-i aşa?
C: Presupun că da.
T: Ţi se pare corect?
C:Da.
T: Mary, am auzit, dar nu sînt sigur că am înţeles. Crezi că poţi să mă ajuţi să înţeleg mai bine?
C: Dacă voi putea.
Ti Bine! Cred că vrei să spui că dacă cineva doreşte ceva şi acel lucru este important pentru ea, este rezonbabil şi corect ca acea dorinţă să se realizeze în mod obligatoriu. Adică vreau devine trebuie.
C: Cum adică vreau devine trebuie?
T: A, scuză-mă! Asta înseamnă că dorinţa devine nevoie, necesitate absolută.
C: Da, cred că am înţeles.
T: Dacă ai înţeles ce înseamnă „vreau-trebuie", ce ar însemna pentru tine vreau-posibil?
C: Ce?
T: Deci, care e diferenţa dintre „vreau-trebuie" şi „vreau-posibil"?
C: „Vreau-posibil" se referă la ceva ce îţi doreşti, dar poţi supravieţui şi fără acel lucru, pe cînd vreau-trebuie se referă la ceva ce îţi doreşti şi pe care trebuie în mod obligatoriu să îl ai, e o nevoie imperioasă

T: îmi pare bine că mă înţelegi, dar mai am o nelămurire. Poţi să mă ajuţi să o clarific?
C: Da.
T: Dorinţa ta de a avea o relaţie apropiată cu cineva face parte din categoria „vreau-trebuie" sau „vreau-posibil"?
C: O simt ca pe o necesitate!
T: Deci, e un „vreau-trebuie"?
C: Da.
T: Şi e un „vreau-trebuie" pentru că este un lucra foarte important pentru tine şi în acelaşi timp un lucru rezonabil?
C: Da.
T: Faptul că ceva este „foarte important" şi „raţional" reprezintă motive suficiente pentru a transforma o dorinţă într-o necesitate absolută?
C: Da, pentru mine sînt!
T: Mary, este important ca toţi adulţii care doresc şi sînt capabili să lucreze?
C: Da.
T: Dar toţi adulţii care caută serviciu, găsesc?
C: Nu, nu cred.
T: Atunci termenii „foarte important" şi „rezonabil" sînt motive suficiente pentru a garanta tuturor locuri de muncă?
C: Nu, nu sînt!
T: Nu crezi că oamenii care doresc să lucreze privesc acest lucru ca pe o dorinţă-necesitate („vreau-trebuie")?
C: Ba da.
T: Deci sentimentul că vreau este egal cu trebuie reprezintă un motiv suficient pentru a garanta că acel lucru se va întîmpla?
C: Nu, nu cred.
T: Se descurcă într-un fel oamenii care nu găsesc serviciul mult dorit?
C: Da, dar nu prea bine!

T: Dar se descurcă totuşi cumva!
C: Da, aşa cred.
T: Bine, dar ceva nu-mi pare clar. Dacă un „vreau-posibil" este ceva ce doreşti, dar fără de care te poţi descurca, chiar dacă uneori mai rău, înseamnă că serviciul nu este un „vreau-trebuie", ci un „vreau-posibil"? C:Da!
T: Dar înainte ai fost de acord că majoritatea oamenilor consideră obţinerea unui loc de muncă ca pe un „vreau-trebuie".
C: Da.
T: Atunci te gîndeşti că a dori sau a simţi modifică realitatea?
C: Ce vreţi să spuneţi?
T: Să luăm, de pildă, un aşa-zis „vreau-posibil" şi să-i adăugăm tone de supărare şi îngrijorare şi să ne gîndim că devine un „vreau-trebuie". Va face îngrijorarea şi supărarea noastră ca un „vreau-posibil" să devină un „vreau-trebuie"?
C: Nu, bineînţeles.
T: Excelent! Hai să examinăm încă o dată dorinţa ta de a avea o relaţie apropiată cu cineva. Este un „vreau-trebuie" sau un „vreau-posibil"? C: Este un „vreau-trebuie".
T: Poţi să te descurci dacă această dorinţă nu ţi-e satisfăcută?
C: Cred că da!
T: Atunci ce fel de dorinţă este? C: Face parte din categoria „vreau-posibil". *T:* Deci, ce este mai rău? Să nu fie satisfăcută o dorinţă din
categoria „vreau-trebuie" sau „vreau-poate"? C: Să nu fie satisfăcută cea din categoria „vreau-trebuie"! *T:* Deci, cum ar trebui să procedezi cu dorinţele care nu îţi sînt satisfăcute pentru a te simţi mai puţin stresată? C: Să hotărăsc ce dorinţe sînt necesităţi şi ce dorinţe sînt posibilităţi!
T: Şi apoi?

C: Să recunosc corect dorinţele-posibilităţi şi astfel voi fi mai puţin stresată dacă nu mi se îndeplinesc.
Ţ: Şi cum vei proceda cu îngrijorările referitoare la dorinţele care nu ţi se îndeplinesc?
C: în acelaşi fel. Dacă mă îngrijorez pentru dorinţe-posibilităţi, voi fi mai puţin stresată decît dacă mă îngrijorez pentru dorinţe-necesităţi.
Ţ: Ţi-ai făcut griji să nu pierzi relaţia apropiată cu partenerul tău?
C: Văd unde vreţi să ajungeţi. Această relaţie este o dorinţă-posibilitate. Eu am considerat că este o dorinţă-necesitate şi din cauza asta m-am necăjit mai mult decît trebuie.
T: Te-ai putea descurca şi fără această relaţie.
C: Ar fi îngrozitor, dar cred că da.
T: Ce înţelegi prin „îngrozitor": 100% rău? Ar putea fi neîmplinirea unei dorinţe-posibilităţi 100% rea?
C: Nu, ar fi rău, dar nu 100%.
T: Nu îngrozitor?
C: NU, nu îngrozitor!
T: Deci, dacă lucrul cel mai rău se întîmplă şi soţul te părăseşte pentru că nu suportă să ai şi alte relaţii în afara casei, te-ai putea descurca?
C: Da.
T: Ai fi capabilă să te descurci?
C: Da.

Se observă că RET are ca obiectiv identificarea şi înlocuirea gîndurilor iraţionale (iBs) cu gînduri mai raţionale (rBs), ca răspuns la evenimentul extern activator (As).

Etapa 5. Monitorizarea temelor pentru acasă

Temele pentru acasă au menirea să îl înveţe pe client să aplice cele învăţate în timpul şedinţei de psihoterapie. Acestea trebuie realizate conform unei ierarhii de dificultate şi urmăresc în principal creşterea rezistenţei la fmstraţie a clientului.

Cînd se constată o reacţie de platou, clienţii pot fi ajutaţi în felul următor:

1. Li se explică faptul că faza de platou este o fază obligatorie în cazul oricărei evoluţii;
2. Ei trebuie convinşi că tendinţa lor de a progresa continuu este nerealistă şi poate avea un caracter destructiv;
3. Trebuie să li se explice că e bine să mai facă şi pauze, chiar atunci cînd îndeplinesc temele pentru acasă;
1. Trebuie să li se explice să nu aştepte perfecţiunea.

Etapa 6. Evaluarea şi terminarea terapiei

Criteriile de evaluare a eficienţei terapiei se apreciază după modificările în plan comportamental, cît şi după modificările cognitive autoraportate.

Se poate aprecia, de pildă, ca un progres cînd intensitatea trăririlor clientului se modifică de la perturbare la insatisfacţie, de la anxietate puternică la anxietate moderată, tolerabilă şi controlabilă, de la furie la comportament constructiv, de la culpabilitate la regret, de la depresie la tristeţe.

Lipsa de sincronizare între nivelurile cognitiv, afectiv şi comportamental reprezintă un indicator că psihoterapia nu trebuie încheiată.

Astfel, de pildă, dacă obiectivul unui client este să accepte comportamentul partenerului de viaţă şi el face acest lucru dar continuă să simtă depresie şi anxietate, este clar că ideile iraţionale referitoare la nivelul personal de rezistenţă la frustraţie şi autoacceptare persistă încă.

Cînd modificările în abordarea emoţională sînt congruente cu cele cognitive şi comportamentale, înseamnă că psihoterapia a dat rezultate şi trebuie încheiată.

Matricea de intervenţie psihoterapeutică
(după Dawson, 1991)

Nivelul de „insight" (iluminare)	*Circumstante* (1)	*Sentimente/ Acţiuni* (2)	*Gînduri* (3)
	Identifică circumstanţele: „Atunci cînd...	Identifică sentimentele şi acţiunile asociate: „Tu simţi că..." „Tu faci..."	Identifică gîndurile-cauză: „Pentru că ai gîndit aşa..."
Nivelul schimbării	(4)	(5)	(6)
	Presupune aceleaşi condiţii (circumstanţe)	Identifică modul în care clientul ar dori să se simtă sau să acţioneze în aceleaşi condiţii. Stabileşte scopuri.	Modifică gîndurile pentru a atinge acele scopuri şi apoi adresează întrebări deprinderilor deficitare pentru a modifica circumstanţele.

CAPITOLUL 5

Psihoterapia cognitiv-comportamentală individuală în rezolvarea problemelor

Aşa cum am mai subliniat, psihoterapia cognitiv-comportamentală postulează faptul că modurile în care se comportă oamenii sînt determinate atît de situaţiile externe, cît şi de felul în care aceştia interpretează respectivele situaţii.

Deoarece la baza formării şi menţinerii simptomelor şi comportamentelor dezadaptative stau modelele de gîndire negativă, psihoterapia cognitiv-comportamentală îşi propune identificarea şi restructurarea acestor modele cognitive, precum şi validarea în practică a rezultatelor obţinute (Hawton; Solkovskis; Kirk; Clark, 1989). Avantajele majore ale acestui demers psihoterapeutic constau în aceea că terapia este de scurtă durată, are obiective precise şi este aplicată nu numai la pacienţi cu tulburări nevrotice şi psihosomatice, ci şi pentru oamenii obişnuiţi, care se află într-o situaţie de criză existenţială.

Caplan (1961) (citat de Holdevici şi Vasilescu, 1984) definea criza existenţială ca fiind acea situaţie cînd o persoană întîlneşte un obstacol important care îi blochează scopurile de viaţă şi care este imposibil de depăşit prin mijloace obişnuite.

în cazul în care subiectul nu găseşte singur o soluţie corespunzătoare, urmează o fază de dezorganizare a comportamentului, pe foiidul unei stări afective negative care, dacă persistă un timp mai îndelungat, poate conduce la instalarea unor simptome nevrotice sau psihosomatice.

Cele mai frecvent întîlnite situaţii problematice sînt următoarele:

- ameninţarea cu pierderea unei relaţii interpersonale semnificative sau a statutului social al persoanei;
- o pierdere actuală;
- conflicte majore cu o persoană, conflicte care presu pun o decizie majoră (a rămîne sau nu în situaţie);
- probleme maritale;
- relaţii interpersonale tensionate;
- dificultăţi la locul de muncă;
- dificultăţi materiale;
- dificultăţi de învăţare;
- dificultăţi legate de creşterea copiilor;
- dificultăţi rezultate în urma handicapului produs de o boală psihică sau somatică etc.

Frecvent, persoanele care solicită ajutorul psihologului consilier sau psihoterapeutului sînt luate în evidenţă nu pentru problema în sine, ci pentru simptome, cum ar fi depresie, anxietate, insomnie, dureri de cap, pierderea apetitului, sau pentru probleme în sfera comportamentală, cum ar fi, de pildă, o tentativă de suicid. La o analiză mai atentă, însă, rezultă că simptomele respective sînt secundare situaţiei stresante, remiterea lor depinzînd de rezolvarea situaţiei problematice.

Psihoterapia cognitiv-comportamentală în rezolvarea problemelor de viaţă are următoarele obiective (Kirk, 1989):

1. ajutarea subiectului să identitice problema care îi creează stări afective negative;

2. ajutarea acestuia să conştientizeze resursele adaptative pe care le are la dispoziţie pentru a face faţă dificultăţilor;

3. învăţarea unor metode simple de depăşire a proble melor dificile; ,,„„:,,,,„!,,,

4. dezvoltarea capacităţilor; de autoreglate a stărilor psi hice;

5. învățarea unor tehnici de a face față unor posibile probleme în viitor (formarea unor deprinderi de „autoajutorare".

Psihoterapia cognitiv-comportamentală în rezolvarea de probleme este indicată persoanelor care se descurcă în general bine în viață, dar dintr-un motiv sau altul situația stresantă a depășit posibilitățile lor adaptative actuale.

Etapele demersului psihoterapeutic sînt următoarele:

♦ *Identificarea situațiilor problematice* Terapeutul trebuie să-1 ajute pe pacient să realizeze o listă în care problemele să fie foarte clar şi precis definite, pentru că adesea oamenii solicită ajutor pentru un amalgam de probleme, insuficient de bine precizate. Astfel, de pildă, un pacient poate afirma pur şi simplu: „am probleme de serviciu", în acest caz, terapeutul trebuie să întrebe precis „ce anume nu merge la serviciu", să realizeze o inventariere exactă a simptomelor (depresie, anxietate, consum abuziv de alcool, insomnii), a fluctuațiilor acestora, a circumstanțelor în care apar schimbări (mai ales pentru evidențierea factorilor care mențin problema).

Strategii pentru identificarea problemelor (Hawton şi Kirk, 1989)

1. Ascultați cu atenție descrierea problemei realizate de pacient. în cazul în care acesta are dificultăți în identificarea problemei, se pot adresa întrebări ajutătoare de tipul: „care este lucrul care te supără cel mai mult?"

2. Realizați o listă preliminară de probleme, parafrazînd, atunci cînd este necesar, ceea ce a spus pacientul. Notați pe o foaie de hîrtie problemele, astfel încît pacientul să veri fice dacă problemele sale sînt corect precizate. -

3. Verificați dacă nu mai există şi o altă problemă care nu a fost preclzatăl Uneori este util să se facă apel la o listă de probleme potențiale:

- relațiile cu soțul (partenerul de viață);
- relațiile cu ceilalți membri ai familiei, mai ales cu copiii;
- locul de muncă; studii;
- gospodăria;
- probleme cu legea;
- izolare socială şi probleme cu prietenii;
- utilizare de alcool şi/sau droguri;
- probleme psihiatrice;
- probleme somatice;
- adaptare sexuală;
- doliu, pierderi.

4. Obținerea unei descrieri cît mai în detaliu a tuturor problemelor persoanei care solicită ajutor. Cînd o problemă pare episodică (de pildă, certuri frecvente cu soțul), este indicat să se solicite pacientului descrierea ultimei situații cînd a apărut problema.

Informații utile se obțin şi dacă terapeutul îl întreabă pe pacient în ce mod ar dori acesta ca situația să se modifice.

(„Dacă ai avea o baghetă magică şi ai putea să-ți schimbi destinul, cum ai dori să fie acesta?")

Este necesară şi evidențierea interelațiilor dintre probleme, după care terapeutul redactează împreună cu pacientul lista problemelor acestuia.

Prezentăm în cele ce urmează un exemplu de listă de probleme („Problemele Alinei"):

1. şomaj de 6 luni;
2. imagine de sine scăzută (secundar problemei 1);
3. absența contactelor sociale (secundar problemei 1);
4. depresie (mai gravă în timpul săptămînii şi este se cundară problemelor 1, 2, 3 şi 7);
5. pierderea interesului pentru hobby-urile uzuale (lec tură, vizionarea unor emisiuni TV, secundar problemei 4);
6. mama este intruzivă; îi telefonează zilnic, o vizitează de două ori pe săptămînă, face comenjtafM Miatitesa stilului ei deviată; ..; ; _ \\z „■ ■

7. dificultăți de comunicare cu soțul, care refuză să discute problemele ei.

• *Identificarea resurselor adaptative ale pacientului*

Hawton şi Kirk (1989) sînt de părere că în rezolvarea problemelor de viață este util să se utilizeze resursele şi disponibilitățile subiectului. Este important de ştiut ce capacități are persoana de a depăşi problemele curente şi cît de repede ete capabilă să o facă. Evaluarea „forțelor" subiectului se realizează luînd în considerare următoarele informații:

- cum a făcut persoana față în trecut unor dificultăți similare;
- măsura în care subiectul a utilizat strategii de evitare (abuz de alcool) sau alte metode de a „fugi" de pro blemă;
- gradul de extensie a stărilor afective negative actuale (dacă persoana a făcut față cu bine situațiilor stresante în trecut, dacă a mai prezentat simptome psihopa tologice, cum ar fi depresia, anxietatea, tulburări de somn etc, şi dacă prezintă şi acum astfel de simpto me care pot interfera cu abilitatea curenta de a face față situațiilor dificile);
- măsura în care subiectul poate furniza soluții la pro blema sa.

• *Evaluarea „suporturilor" de care dispune subiectul*

Terapeutul trebuie să obțină şi informații în legătură cu următoarele aspecte:

- dacă persoana aflată în impas dispune de un confi dent;
- dacă s-a mai adresat şi altor persoane abilitate în re zolvarea unor probleme curente (medic, preot, asis tent social);
- factori de 'mediu: situație materială, interese, profe sie, viață de familie etc.

Este important de ştiut mai ales dacă aceste aspecte reprezintă sau nu pentru subiect surse de autostimă.

Indicații pentru aplicarea tehnicii de rezolvare de probleme

1. Problemele pacientului pot fi definite cu precizie.
2. Obiectivele acestuia par realiste (exemplu de obiec tiv nerealist: să aducă înapoi soția care deja s-a recăsătorit).
3. Absența unei boli psihice majore (mai ales a unui episod psihotic acut).
4. Acordul dintre pacient şi terapeut referitor la posibi litatea de a lucra împreună aupra problemelor pacientului (contractul terapeutic).

Demersul terapeutic centrat pe problemă este scurt, de 4-6 şedințe, în medie acesta putîndu-se prelungi în funcție de necesitățile pacientului. O şedință de psihoterapie durează între 30 şi 60 de minute. Primele şedințe sînt mai apropiate în timp, iar ultimele mai depărtate. în cazul în care pacientul este sever perturbat i se poate oferi acestuia un număr de telefon în caz de urgență.

♦ *Etapele şi strategiile în rezolvarea de probleme* Etapele rezolvării de probleme:

1. Decizia asupra cărei probleme să se lucreze mai întîi.
2. Acceptarea obiectivelor.
3. Parcurgerea stadiilor necesare atingerii obiectivelor.
4. Decizia în legătură cu prima sarcină abordată.
1. Evaluarea progresului în şedința următoare de psi hoterapie şi abordarea dificultăților apărute.
5. Decizia pentru pasul următor, în funcție de progres.
6. Redefinirea scopurilor şi problemelor viitoare.
8. Abordarea (dacă e cazul) a problemei următoare.

Este important ca atenția să fie focalizată la început asupra unei singure probleme, de regulă cea mai importantă sau, în unele cazuri, cea mai uşor de abordat.

De pildă, în cazul Alinei ar fi mai indicat să se acorde atenție reluării unor contacte sociale, pentru că aceasta ar face-o să se simtă mai bine, fiind capabilă să se ocupe apoi de probleme mai dificile, cum ar fi găsirea unui nou loc de muncă. Pacientul este cel care decide în cele din urmă ce problemă ar trebui abordată prima, deşi terapeutul este cel care trebuie să precizeze faptul dacă problema respectivă e abordabilă în acea etapă. Terapeutul trebuie să-1 ajute pe pacient să stabilesacă sarcini intermediare precise pentru fiecare obiectiv general.

Aceste sarcini intermediare trebuie să fie realiste şi descrise în termeni comportamentali.

De exemplu, pentru Alina obiectivele pentru problema reluării contactelor sociale ar fi:

a) reluarea contactelor cu vechii prieteni;
b) inițierea unor noi relații interpersonale.

Sarcini intermediare pot fi:

- un contact față în față pe săptămînă cu unul din pri eteni;
- un telefon pe săptămînă la un prieten;
- o participare pe săptămînă la o activitate cu caracter social: gimnastică aerobică, pictură etc;
- să acorde ajutor la şcoala unde învață copiii săi o dată pe săptămînă.

în cazul unor probleme mai complexe, pacientul trebuie descurajat să adopte de la început soluția care pare cea mai la îndemînă. El trebuie încurajat să genereze cît mai multe soluții posibile, oricît de absurde ar apărea acestea la prima vedere. Un exemplu de problemă complexă ar fi divorțul. Terapeutul trebuie să anticipeze eventualele dificultăți pe care le va întîlni pacientul în realizarea sarcinii.

Este recomandabil ca pacientul, dar şi terapeutul, să noteze sarcina trasată pentru a putea discuta în şedința viitoare progresele obținute, dar şi dificultățile. Aprecierea îndeplinirii unei sarcini se evaluează după următoarele criterii:

- succes;
- succes parțial;
- absența progresului.

în cazul în care pacientul a îndeplinit sarcina cu bine, terapeutul trebuie să-1 întrebe care sînt beneficiile pe care le-a obținut: creşterea încrederii în sine, o dispoziție mai bună, o mai bună înțelegere a lucrurilor etc. Dacă pacientul a înregistrat un succes parțial, terapeutul trebuie să decidă împreună cu acesta dacă nu cumva e nevoie de mai mult timp pentru îndeplinirea sarcinii sau dacă au apărut dificultăți. Acestea pot fi dificultăți de natură practică sau gînduri şi atitudini referitoare la consecințele posibile ale ducerii la bun sfîrşit a sarcinii respective.

Soluțiile la dificultățile practice sînt mai uşor de găsit. Terapeutul îi poate cere pacientului să genereze astfel de soluții.

Se examinează, de asemenea, şi gîndurile negative legate de consecințele posibile ale rezolvării temei propuse sau temerile pacientului că nu o va putea îndeplini. Aceasta se poate realiza prin intermediul examinării în plan imaginativ a strategiilor alternative (a acționa şi a nu acționa). In momentul în care a fost identificată o convingere negativă a pacientului i se explică modul în care funcționează aceasta (modelul cognitiv) şi i se cere să-i testeze validitatea prin dovezi (caută argumente pro şi contra convingerii negative).

Astfel, Alina a telefonat unei prietene, dar nu a primit răspuns şi nu a mai avut curajul să telefoneze a doua oară. Cu ajutorul terapeutului, ea a identificat gîndul negativ legat de faptul că se temea că prietena respectivă nu va fi încîntată să o audă.

în cazul lipsei progresului se procedează în mod identic. Se poate constata de multe ori că sarcina aleasă a fost prea dificilă. Cînd un demers de rezolvare de probleme s-a dovedit insuficient, problema trebuie reexaminată în termenii unei alternative posibile. De exemplu, Alina a pierdut mai multe

săptămîni încercînd să îmbunătățească comunicarea cu soțul ei, dar pînă la urmă ea şi-a dat seama că soțul nu era dispus să se schimbe şi şi-a pus problema dacă să-l părăsească sau nu.

Strategii de rezolvare a problemelor (Hawton şi Kirk, 1989)

1. Generarea unor soluții posibile la problemă.

Se utilizează tehnica „brainstorming"-ului, pacientul fiind solicitat să genereze cît mai multe soluții posibile, fără a le evalua utilitatea practică.

în cazul în care pacientului îi vine greu să genereze soluții, terapeutul îi poate propune soluțiile. Sugerarea unor soluții total neadecvate poate solicita pacientul să se angajeze în joc. De asemenea, sugerarea unor soluții extreme poate face ca pacientul să fie dirijat pe căi nebănuite, ceea ce poate să-i restructureze modul de gîndire.

Toate soluțiile sînt notate şi apoi pacientul va examina avantajele şi dezavantajele fiecărei soluții. Pentru fiecare soluție se notează argumentele pro şi contra pe două coloane. Exemplu: *Alina se gîndeşte să-şi părăsească sau nu soțul:*

Argumente „pro"	***Argumente „contra"***
Va scăpa de stres.	
Va avea o relație mai bună cu copiii.	
Va avea mai multă libertate să-şi construiască o nouă carieră.	
Va putea găsi o relație mai bună.	
	Perspectiva singurătății
	Dificultăți financiare
	Copiilor le va lipsi tatăl. Va deveni şi mai dependentă de mama ei. Absența vieții sexuale. Se va ruşina că a eşuat în căsnicie.

2. Repetarea cognitivă. (Antrenamentul mental). Se referă la repetarea, în detaliu, în plan imaginativ, a unei anumite sarcini.

3. *Jocul de rol direct şi inversat* (terapeutul joacă rolul pacientului). Se aplică atunci cînd problema pacientului este de natură interpersonală. Astfel, de pildă, jocul de rol a fost utilizat pentru ca Alina să înveţe să-şi impună punctul de vedere faţă de mama ei pisăloagă.

4. Monitorizarea, activităţilor:

- se stabilesc liste de priorităţi;
- se stabilesc obiective;
- se ierarhizează sarcinile de la simplu la complex;
- se elaborează orare şi programe de activităţi pe ore şi zile.

Această tehnică este deosebit de utilă pentru persoanele care sînt dezorganizate în probleme de muncă sau de învăţare.

5. Adresarea de verificări convingerilor eronate. Astfel, de pildă, un pacient era convins că dacă îi va spune şefului de ce este nemulţumit la serviciu, acesta se va înfuria şi îi va face existenţa şi mai amară. în această situaţie, terapeutul i-a cerut următoarele: ■:■•'-, ;;..';>;■..-■•

- să-şi amintească situaţiile în care s-a impus în faţa şefului şi consecinţele acestora;
- să alcătuiască lista cu avantajele şi dezavantajele de a vorbi direct cu şeful;
- să prevadă cum va reacţiona şeful, punîndu-se pe sine în locul lui.

6. Acordarea de recompense

Din cînd în cînd, pacienţii sînt încurajaţi să-şi acorde mici recompense materiale dacă au dus la bun sfîrşit o sarcină.

7. Obţinerea de informaţii şi sfaturi suplimentare. Deşi demersul de rezolvare de probleme este menit să încurajeze autonomia subiectului şi abilitatea de a-şi rezolva singur pro blemele, totuşi, atunci cînd este necesar, subiectul trebuie să solicite sfaturi şi un plus de informaţie de la consilier, psihoterapeut sau, în situaţii mai simple, de la prieteni. Ca şi în celelalte situaţii, cînd se apropie terminarea terapiei, se lasă spaţii mai mari între şedinţe (de 2-3 săptămîni).

Demersul psihoterapeutic de rezolvare de probleme poate eşua în următoarele situații:

- cînd pacientul prezintă boli psihice majore;
- cînd pacientul dovedeşte o stimă de sine scăzută şi o lipsă de încredere în forțele proprii. în astfel de si tuații, tratamentul trebuie prelungit şi terminarea te rapiei să se facă mai gradat;
- dacă problemele pacientului se referă la o tulburare de personalitate de lungă durată.

CAPITOLUL 6

Psihoterapia cognitiv-comportamentală în tulburările fobice

GiUian Butler (1989) arată că fobia reprezintă o teamă exagerată şi persistentă de un obiect sau de o situație care de regulă sînt nepericuloase. Aceste frici produc dorința irațională a subiectului de a evita situațiile respective, deşi pacienții realizează caracterul irațional al fricii lor.

Fobiile reprezintă frici cu caracter dezadaptativ, care produc perturbări în viața obişnuită a subiecților.

Tipuri de fobii

Literatura de specialitate distinge următoarele categorii de tulburări fobice:

a) fobia simplă (de înălțime, insecte, sînge etc). Su biectul este, de regulă, asimptomatie dacă nu anticipează fap tul că s-ar putea întîlni cu obiectul fobiei sale;

b) fobia socială - este mai complexă datorită faptului că subiectul se teme de lucruri inobservabile, cum ar fi eva luările negative, critica sau teama de a fi respins.

Fobiile sociale se pot centra şi pe unele aspecte concrete, cum ar fi teama de a vorbi în public, de a mînca în public etc. în aceste cazuri, evitarea situației anxiogene este mai dificil de realizat decît în cazul fobiei simple;

gînduri obsesive mai puțin perturbatoare pentru, subiect;

- pacientul poate opri efectuarea temelor pentru acasă. Acest lucru se întîmplă pentru că el a încercat în practică tehnica opririi gîndurilor, dar n-a găsit-o eficientă. Cînd se întîmplă acest lucru înseamnă că pacientul nu a exersat destul. De asemenea, este posibil ca pacientul să fi considerat că situația cînd a exersat a fost neadecvată (de pildă, a exersat dimineața, cînd dispoziția este mai proastă, sau atunci cînd apar multe alte solicitări).

în cazul în care pacientul a exersat procedura în modul recomandat dar rata disconfortului nu s-a redus, atunci probabil că este vorba de continuarea neutralizărilor mascate sau de căutarea de asigurări. în acest caz, terapeutul trebuie să obțină, prin intermediul unor întrebări, informații suplimentare, datorită cărora să identifice neutralizările mascate şi să discute cu pacientul rolul lor în menținerea simptomelor.

CAPITOLUL 8

Psihoterapia atacurilor de panică şi a anxietății generalizate

Anxietatea este definită în psihoterapie ca fiind o teamă nespecifică, fără legătură cu situațiile externe şi care nu este asociată cu comportamentul de evitare sistematică a anumitor stimuli, cum se întîmplă în cazul fobiilor.

în limba engleză avem termenul de „free-flooting anxiety" sau teamă care pluteşte în aer.

Cu toate acestea, interviurile realizate asupra unor pacienți suferind de anxietate au condus la concluzia că nu este vorba chiar de o teamă fără obiect, pentru că respectivii pacienți percep mediul înconjurător ca fiind amenințător şi anxiogen. Astfel, anxietatea pacienților devine un răspuns logic la o interpretare eronată a realității.

Această observație stă la baza abordării psihoterapeutice cognitiv-comportamentale, prin intermediul căreia pacienții sînt ajutați să descopere, să evalueze şi să modifice modul lor nerealist de apreciere a unor pericole potențiale.

Cercetările recente au evidențiat prezența a două tipuri de menifestare a anxietății (Barlow, Blanchard, Vermilyea, Vermilyea şi Di Nardo, 1986; Clark ş. a., 1988).

a) Atacurile de panică, ce apar brusc, neaşteptat, indiferent de situație. Acestea constau în trăirea unui sentiment puternic de pericol iminent, sentiment însoțit de o serie de ma-

nifestări psihofiziologice de mare amploare: senzație de leşin, tremurături, trăirea sentimentului de irealitate. Caracterul brusc şi neaşteptat al manifestărilor respective îi sugerează pacientului ideea că ar putea ti victima unei boli somatice sau psihice grave: infarct, pierderea controlului, instalarea unei stări psihotice (de nebunie). în absența atacurilor de panică, pacienții sînt calmi şi liniştiți, cu toate că mulți dintre ei trăiesc o anumită stare de anxietate anticipatorie cu privire la un posibil atac în viitor.

b) A doua formă sub care se manifestă tulburarea anxioasă o reprezintă evaluarea nerealistă şi anxioasă a unor evenimente existențiale. Şi în acest caz anxietatea poate fi însoțită de o serie de tremurături, nelinişte, fatigabilitate, tulburări respiratorii, palpitații, transpirații excesive, uscăiune a gurii, ameţeli, senzație de greață, diaree, micțiuni frecvente, dificultăți de concentrare a atenției, senzație de nod în gît, insomnie, irascibilitate etc.

Cele două tipuri de anxietate sînt clasificate în D.S.M. III R (1987) sub denumirea de:

• tulburare de tip panică;

o tulburare caracterizată prin anxietate generalizată.

Trebuie menționat faptul că un număr mare de pacienți suferă de ambele tipuri de anxietate. Lader şi Marks (1971) afirmă că tulburările anxioase sînt prezente la aproximativ 8% din pacienții ambulatori care se adresează cabinetelor de psihiatrie şi psihoterapie. Tulburările fobice afectează un număr mult mai redus de pacienți (3%).

Atacurile de panică debutează, de regulă, brusc, aproximativ între 20 şi 30 de ani (Rapel, 1985). Anxietatea generalizată poatea avea şi ea debut brusc, dar cel mai adesea aceasta are un caracter insidios.

în ambele tipuri de tulburări, evenimentele stresante ale existenței joacă un rol important. Mulți pacienți cu tulburări anxioase nu realizează de la început că problema lor are la bază anxietatea. De regulă, ei se adresează la început medicu-

lui specialist în medicină generală, pentru acuze somatoforme. Cînd în cele din urmă aceşti pacienți ajung la psihiatrie, ei mai păstrează adesea unele dubii cu privire la natura simptomatologiei lor.

Ideea centrală a abordării cognitive a tulburărilor emoționale constă în aceea că nu evenimentul în sine, ci expectațiile individului în legătură cu acesta sînt generatoare de simptome. în cazul anxietății, de regulă, subiectul supraevaluează semnificația pericolului într-o conjunctură dată.

în cadrul modelelor cognitive ale tulburării emoționale sînt luate în considerare două niveluri diferite ale gîndirii negative:

a) Gîndurile negative (şi imaginile negative) ce apar în mod automat atunci cînd subiectul trăieşte starea de anxietate (de exemplu, un individ anxios, în legătură cu impresia pe care o face în societate, poate dezvolta următoarele gînduri care se declanşează în mod automat: „ei cred că tot ceea ce spun eu este plictisitor şi neinteresant").

b) Afirmațiile şi regulile cu caracter disfuncțional, care reprezintă seturi de atitudini şi credințe pe care le împărtăşesc indivizii în legătură cu ei înşişi şi cu lumea înconjurătoare şi care îi determină să interpreteze diverse situații într-un mod negativ.

Un exemplu de astfel de regulă cu caracter disfuncțional ar fi: „dacă nu mă agreează toată lumea, înseamnă că sînt lipsit de valoare". Un individ care se bazează pe o astfel de afirmație poate interpreta tăcerea celor din jur ca pe un indiciu că ceea ce spune el este perceput de ceilalți ca fiind neinteresant.

Afirmațiile cu caracter disfuncțional s-au format în urma unor experiențe învățate în copilărie şi ele pot rămîne în stare latentă pînă cînd pot fi activate de anumite evenimente externe. De pildă, o tînără, al cărui tată a decedat brusc şi neaşteptat la vîrsta de 40 de ani în urma unor simptome somatice neobişnuite şi eronat diagnosticate, poate dezvolta

convingerea că orice simptom somatic apărut brusc poate duce la moarte. Această convingere are o influență neglijabilă în viața ei pînă cînd ea însăşi trăieşte stări de amețeală şi leşin datorită unor probleme hormonale. Aceste stări pot să-i activeze convingerile mai vechi, facînd-o să fie excesiv de preocupată de starea ei de sănătate, interpretînd diversele senzații corporale într-o manieră catastrofică.

în cele ce urmează prezentăm cîteva modele de gîndire negativă, generatoare de anxietate: „Dacă o persoană mă critică, înseamnă că nu ține la mine"; „Eu nu am nici o valoare dacă ceilalți nu mă iubesc"; „în viață sînt doar învingători şi învinşi"; „Dacă fac o greşeală sînt pierdut"; „Nu pot face față situației X"; „Succesul celorlalți înseamnă eşecul meu"; „Dacă un lucru nu este perfect, nu e bun de nimic"; „Dacă mă voi apropia prea mult de cineva, acea persoană va pune stăpînire pe mine" etc.

Clark (1986; 1988) afirmă faptul că oamenii trăiesc atacuri de panică pentru că ei manifestă tendința de a interpreta o serie de simptome corporale într-un mod catastrofic. Tahicardia, amețelile sau jena în respirație pot fi interpretate ca fiind semnele unei boli psihice sau organice grave.

Stimuli declanşatori
(interni sau externi)
percepuți ca amenințători

Interpretarea senzațiilor corporale ca fiind semnele unei catastrofe iminente

Aprehensiune

Senzații corporale

De exemplu, apariția unei dificultăți în respirație este percepută ca un indiciu că respirația se va opri şi va surveni moartea. O dată ce subiectul a dezvoltat tendința de a catastrofiza diversele senzații corporale, există două procese care contribuie la menținerea tulburării panice:

1. Din cauza faptului că se tem de anumite senzații corporale, pacienții devin hipervigilenți şi, în mod frecvent, explorează stările proprii, ceea ce îi face să remarce senzații pe care majoritatea oamenilor nici nu le observă. Aceste senzații sînt, la rîndul lor, interpretate ca semne ale unei boli grave.

2. Anumite comportamente de tip evitant nu fac decît să întărească interpretările negative ale pacienților. Astfel, de pildă, un pacient care crede că suferă de tulburări cardiace evită să facă exerciții fizice sau să facă dragoste. Evitarea întăreşte convingerea patologică pentru că el consideră reducerea simptomelor ca pe un efect al evitării anumitor activități.

Evaluară trebuie să ia în considerare următoarele aspecte:

Descrierea sumară a problemei:

1) Descrierea în detaliu a situației cînd a apărut problema:

a) situația;
b) reacțiile corporale;
c) gîndurile care au apărut;
d) comportamentul.

2) Lista cu situațiile problematice posibile.

3) Comportament de evitare; situații şi activități.

4) Factori modelatori: factori care fac situația să fie mai rea sau mai bună.

5) Atitudinea şi comportamentul celorlalți.

6) Credințele pacientului cu privire la cauzele problemei.

7) Experimentări în sfera comportamentului.

8) Efecte.

Medicație

Psihoterapie urmată (modalităţi; ce efecte a avut). Resurse adaptative personale. Situaţie socială şi financiară.

Indicaţii nozografwe

Psihoterapia cognitiv-comportamentală este potrivită pentru majoritatea pacienţilor cu tulburări anxioase. Pentru pacienţii cu probleme somatice reale trebuie făcute unele modificări în cadrul tehnicilor indicate. De pildă, metoda hiperventilaţiei este contraindicată la pacienţii cu tulburări cardiace, emfizem pulmonar, epilepsie, astm bronşic sau în caz de sarcină.

Cînd starea anxioasă este secundară unei boli psihice majore, este necesar tratamentul psihiatric al respectivei afecţiuni. In acelaşi timp, pacienţii toxicomani au nevoie de o perioadă de dezintoxicare înainte de a trce la o abordare cognitiv-comportamentală.

Psihoterapia cognitiv-comportamentală are drept obiectiv reducerea anxietăţii prin intermediul învăţării pacienţilor să identifice, să evalueze, să controleze şi să modifice gîndurile negative legate de pericole potenţiale, cît şi comportamentele asociate cu acestea.

Durata psihoterapiei este de 5 pînă la 20 de şedinţe. Aceste şedinţe sînt foarte bine structurate, terapeutul şi pacientul stabilind de comun acord ce anume se va lucra în cursul unei şedinţe.

Tehnicile specifice psihoterapiei cognitiv-comportamentale (după Hawton, Salkovskis, Kirk şi Clark, 1989)

I. *Identificarea gîndurilor negative*

Se realizează prin intermediul următoarelor strategii:

1. Discutarea unei experienţe emoţionale recente.

Pacienţilor li se cere să-şi reamintească un eveniment sau o situaţie care a fost asociată cu o anxietate puternică. Evenimentul este descris în detaliu şi terapeutul intervine cu întrebări de tipul: „Ce gînduri ţi-au venit în minte atunci?" „Ţi-a apărut vreo imagine?" „Cînd ţi-a fost cel mai tare teamă, care era lucrul cel mai îngrozitor care credeai că s-ar putea întîmpla?" Exemplificarea legăturii pe care o realizează pacientul între diversele senzaţii şi gîndurile aferente:

Senzaţii	Interpretarea lor
Palpitaţii	Voi face un atac de cord. Am o boală de inimă.
Dificultăţi în respiraţie	Respiraţia mea se va opri, mă voi sufoca şi voi muri.
Ameţeli. Senzaţie de lesin	Voi leşina, voi cădea, mă voi pierde.
Gînduri stranii sau dificultate de a gîndi	Voi înnebuni cu siguranţă.

Terapeutul trebuie să-1 ajute pe pacient să sesizeze legătura dintre senzaţiile corporale şi interpretările pe care le acordă acestora. Acest obiectiv se poate realiza prin intermediul unor liste de tipul celei de mai sus.

2. Utilizarea tehnicii imaginaţiei dirijate sau a jocului dramatic pentru a retrăi o experienţă emoţională.

Cînd întrebările directe nu reuşesc să-1 determine pe pacient să evoce gîndurile negative ce se declanşează spontan, este util să se ceară pacientului să retrăiască evenimentul respectiv pe plan imaginativ sau prin intermediul unui joc dramatic cînd este vorba de o situaţie interacţională (relaţionarea cu o persoană).

3. Utilizarea modificărilor de dispoziție în cursul unei ședințe de psihoterapie.

Fluctuațiile de dispoziție din cursul unei ședințe de psihoterapie pot fi surse pentru declanșarea automată a gîndurilor. Terapeutul, observînd modificarea de dispoziție, poate întreba pacientul: „Ce ți-a trecut prin minte acum?"

4. Determinarea semnificației unui eveniment.

Uneori declanșarea automată a modelelor de gîndire negativă nu se realizează. în astfel de situații, terapeutul trebuie să caute să discearnă, prin intermediul unor întrebări specifice, care este semnificația evenimentului respectiv pentru pacient. De exemplu: „Nu ești foarte sigur în legătură cu ce anume £-a trecut prin cap cînd te-ai simțit speriat în situația X. Incercînd să priveşti în urmă, ce crezi că a însemnat situația respectivă pentru tine?"

II. *Modificarea gîndurilor negative şi a comportamentelor aferente*

1. Raționalizarea

Terapeutul trebuie să-i explice pacientului rațiunile tratamentului prin demonstrarea relației dintre gîndire, sentiment şi comportament. Astfel, de pildă, Beck (1979) dădea următorul exemplu: dacă un subiect aude în toiul nopții un zgomot în camera alăturată el îşi poate spune în minte că a intrat un hoț. Atunci apare o stare de teamă şi comportamentul se desfăşoară în consecință: subiectul se va ascunde sau va telefona ia poliție. Dacă, dimpotrivă, subiectul îşi spune că a lăsat geamul deschis, sentimentele de teamă nu vor apărea, ci el se va scula şi va închide geamul.

2. Furnizarea unor informații cu privire la mecanismele anxietății

Este necesară descrierea în detaliu a simptomelor legate de anxietate, evoluția lor probabilă, cît şi faptul că trăirea

anxietății nu înseamnă că subiectul are o boală psihică gravă, în acelaşi timp, trebuie explicat că simptomele produse de anxietate nu sînt periculoase (de exemplu, accelerarea bătăilor inimii nu reprezintă un semn că se va produce un atac de cord).

Trebuie explicat pacienților şi faptul că unele simptome ca insomnia, dificultatea de a lua decizii, fatigabilitatea şi chiar vederea ca prin ceață sînt manifestări ale anxietății.

3. Distragerea

Este utilizată ca strategie pentru a exercita un control direct şi imediat asupra simptomului. Astfel de metode pot fi:

- concentrarea asupra conținutului unei conversații şi nu asupra stării proprii;
- dacă subiectul manifestă anxietate în timpul ședinței de psihoterapie, terapeutul îi poate cere să descrie mobilierul din cabinet.

4. Programarea activităților

în cadrul acestei metode se cere pacienților să noteze, oră de oră, activitățile pe care le desfăşoară, evaluîndu-le, după o scală de la 0 la 100, sub aspectul unor stări afective cum ar fi: anxietatea, oboseala, plăcerea sau gradul de control asupra situației.

Pentru indivizii care se simt presați de timp este indicată o planificare riguroasă a activităților, astfel încît aceştia să nu aibă tentația să facă mai multe lucruri deodată, fapt ce le sporeşte tensiunea şi supraîncordarea.

Mulți subiecți anxioşi renunță la activități de loisir deoarece trăiesc permanent ideea că nu şi-au îndeplinit toate datoriile. *De pildă, o femeie casnică se trezea la 5,30, dar rămînea în pat pînă la ora 8, timp în care rumina toate activitățile pe care le-ar putea face greşit sau nu le-ar putea duce la bun sfîrşit, fapt ce-i sporea gradul de anxietate.*

în această *situație, terapeutul i-a recomandat să se scoale din pat imediat ce s-a trezit şi să facă jogging.*

5. Verificarea veridicității gîndurilor negative automate

Terapeutul utilizează o serie de întrebări pentru a-1 ajuta pe pacient să evalueze gîndurile negative şi să le substituie cu gînduri mai realiste. în cadrul şedinței de psihoterapie pacientul şi terapeutul colaborează pentru a găsi soluții raționale pentru a înlocui gîndurile negative automate.

între şedințe, pacienții caută să pună în practică abilitățile pe care le-au învățat împreună cu terapeutul. Pentru ca acest lucru să se realizeze mai uşor, este indicată notarea zilnică a gîndurilor negative producătoare de disfuncții.

Iată cîteva tipuri de întrebări care au menirea să verifice realitatea gîndurilor negative disfuncționale:

a) Ce dovadă am că acest gînd este adevărat? Nu există şi un alt mod de a privi această situație? Nu cumva există şi o altă explicație ca alternativă a gîndului negativ?

Exemplu:

Pacientul: Cînd am un atac de panică *îmi trece prin cap gîndul că voi leşina sau voi muri.*

Terapeutul: Bine. Hai *să vedem cît de real este acest gînd. Ai leşinat vreodată în cursul unui atac de panică?*

Pacientul: Nu.

Terapeutul: Ştii ce se întîmplă cu organismul tău atunci cînd leşini?

Pacientul: Nu.

Terapeutul: Tensiunea arteriala *scade burse. Ştii cum evoluează tensiunea în timpul unui atac de panică?*

Pacientul: Am pulsul accelerat. Cred *că tensiunea se ridică.*

Terapeutul: Corect. în stare de anxietate, pulsul *şi tensiunea urcă. Deci este mult mai puțin probabil că vei leşina cînd eşti anxios decît atunci cînd nu eşti.*

b) Cum ar gîndi o altă persoană cu privire la situație?

De regulă, pacienții care exagerează pericolele nu au tendința de a extinde această exagerare şi asupra altora (Butler şi Matheros, 1983). Din acest motiv, a-i întreba ce cred alții cu privire la situație poate reprezenta o modalitate utilă de schimbare a perspectivei.

c) Nu cumva aprecierile tale se bazează mai mult pe ceea ce ai simțit decît pe evaluarea modului în care te-ai com portat?

O eroare frecventă a pacienților cu anxietate generalizată constă în aceea că ei cred că nu pot face față situației pentru că sînt anxioşi. Cînd sînt întrebați cum s-au comportat de fapt, ei constată cu surpriză faptul că modul lor de comportare a fost adecvat şi deci au făcut față cu bine situației.

d) Ai tendința să-ți fixezi obiective nerealiste, greu de atins?

Mulți pacienți îşi fixează obiective imposibil de atins şi devin anxioşi în momentul în care îşi dau seama că nu le pot atinge. Aceste obiective sună în felul următor: „Tot ceea ce fac trebuie să fie perfect"; „Trebuie să fiu calm în orice situație".

c) Ai tendința de a omite fapte importante şi de a acorda atenție unora lipsite de importanță? De exemplu, multe persoane par să uite succesele trecute atunci cînd sînt confruntate cu o sarcină dificilă sau cînd au comis o greşeală. în aceeaşi categorie poate fi inclusă şi afirmația: „Pentru că un prieten de aceeaşi vîrstă a murit de atac de cord, e limpede că voi face şi eu un atac de cord".

f) Gîndeşti adesea în termenii „totul sau nimic"?

Persoanele anxioase au tendința de a se autoevalua în culori extreme: alb-negru (exemplu: dacă ceilalți nu-şi manifestă dragostea față de el înseamnă că nu-1 plac).

în aceste cazuri, este indicat ca pacientul să fie instruit să plaseze toate cunoştințele sale pe o scală care are la un capăt „mă urăsc din tot sufletul", în mijloc „nici nu mă urăsc, nici nu mă iubesc" şi la celălalt capăt „ iubire puternică". Cu cît se obişnuiesc mai mult cu acest exercițiu, cu atît ei realizează că cei cunoscuți nu se plasează la extreme, ci tind să acopere toată scala.

g) Ce va fi dacă evenimentul neplăcut se va întîmpla cu adevărat? Va fi oare chiar atît de rău?

Datorită tendinţei de evitare cognitivă, pacienţii anxioşi nici nu s-au gîndit în detaliu cît de rău va fi dacă s-ar petrece situaţia de care se tem. De regulă, evenimentul real este mai puţin dezastruos decît cel anticipat. De pildă, un student se poate teme că va cădea la un examen, tară a se gîndi că în fond îl poate trece în sesiunea următoare.

h) Cum vor arăta lucrurile după un anumit timp?

Această întrebare este utilă mai ales cînd avem de-a face cu o pierdere anticipată, pentru că adesea, atunci cînd se gîndeşte la o posibilă pierdere sau la ruperea unei relaţii, subiectul are în vedere impactul imediat al pierderii.

Astfel, despărţirea de prieten/prietenă îl poate face să sufere cîteva luni, intensitatea suferinţei reducîndu-se odată cu trecerea timpului şi odată ce apar contacte cu alte persoane.

Conştientizarea proiecţiei posibile în timp poate fi utilă nu doar cînd o pierdere anticipată este probabilă, ci şi atunci cînd gîndurile în legătură cu despărţirea generează un comportament care face despărţirea mai probabilă (de pildă, o femeie care se teme că va fi părăsită de iubitul ei, devine pisăloagă, geloasă, cu dispoziţie proastă, fapt ce va exercita o presiune asupra partenerului şi-l va determina să rupă relaţia).

i) Ai tendinţa de a supraestima un eveniment?

Subiecţii anxioşi au tendinţa de a supraestima un eveniment anxiogen. în acest caz, sînt utile discuţii cu privire la probabilitatea obiectivă a producerii evenimentului.

Cu toate acestea, unii pacienţi rămîn anxioşi chiar cînd conştientizează faptul că probabilitatea obiectivă a producerii evenimentului negativ este mică şi aceasta se produce datorită supraestimării consecinţelor evenimentului. Metoda de abordare terapeutică pentru astfel de pacienţi constă în decatastrofizarea evenimentului, demonstrîndu-i pacientului că va face faţă cu bine respectivei situaţii.

j) Nu cumva subapreciaţi proprie posibilităţi de a face faţă situaţiei?

Subiecţii anxioşi trăiesc cu impresii' că nu au abilităţi suficiente de a se descurca în astfel de situaţii anxiogene. Din acest motiv, terapeutul trebuie să treacă în revistă situaţii din trecut cînd pacientul s-a descurcat bine în situaţii similare, aprecierile pozitive ale celorlalţi cu privire la modul în care a făcut faţă evenimentelor şi să realizeze împreună cu pacientul o repetiţie în legătură cu modul de a aborda evenimentele anxiogene. Este util ca pe lîngă întrebări să se utilizeze şi tehnica imaginaţiei dirijate, prin care se modifică imaginile negative.

De exemplu, o pacientă era asaltată de imagini legate de faptul că va leşina în public. Discuţiile au ajutat-o să înţeleagă că cel mult îşi va pierde cunoştinţa pentru cîteva secunde şi apoi îşi va reveni şi se va comporta normal. Vizualizarea modului în care îşi revine şi se comportă normal au ajutat-o să-şi reducă anxietatea.

6. Experimentarea în sfera comportamentului

Terapeutul cere pacientului să verifice în viaţa reală dacă gîndurile negative sînt adevărate.

a) Experimentarea în cazul pacienţilor cu anxietate generalizată. Un om de afaceri se simţea foarte speriat cînd trebuia să vorbească în public. El credea că subalternii săi îi vor observa anxietatea şi vor înceta să-i acorde respectul cuvenit. Pacientul a afirmat că e convins că dacă el se simte anxios, ceilalţi trebuie să-şi dea seama de asta.

Ca test, terapeutul i-a cerut să ţină un mic discurs în timp ce va fi înregistrat pe video. în timp ce vorbea, el s-a simţit anxios, dar spre surprindera sa, revăzînd caseta, nu a observat nici un semn vizibil de anxietate. Aceasta a redus convingerea sa cu privire la faptul că ceilalţi ar observa cît de anxios este. (La început estima că ceilalţi îi observau teama în proporţie de 65%, dar în urma experimentului aprecierea lui s-a redus la 30%).

b) Experimentarea (testarea) în sfera comportamentului cu subiecți suferind de atacuri de panică.

Scopul principal al abordării terapeutice este modificarea interpretării catastrofizante pe care o au pacienții în legătură cu senzațiile lor corporale pe care le trăiesc în timpul atacului de panică. în aceste cazuri, se propun pacienților experimente de hiperventilație, prin intermediul cărora se pot produce voluntar simptomele corporale ale stării de panică. (Li se cere să inspire rapid pe nas şi pe gură, timp de două minute, golind cît mai mult plămînii la expirație şi nu li se spune precis ce senzații vor trăi. Apoi pacienții sînt invitați să aprecieze dacă nu cumva senzațiile trăite după exercițiu seamănă cu cele din cursul atacului de panică. Se analizează apoi eventualele asemănări şi deosebiri dintre cele două categorii de senzații. De pildă, dacă pacientul spune că senzațiile fizice sînt asemănătoare dar lipseşte anxietatea, acesta este întrebat cum s-ar simți dacă astfel de senzații ar apărea brusc şi neaşteptat, atunci cînd el nu s-ar găsi în clinică. în cele mai multe cazuri, pacienții recunosc că le-ar interpreta în mod catastrofic - „voi face un atac de cord").

Pornindu-se de la aceste discuții, se trece la învățarea pacientului să realizeze o tehnică de respirație controlată, care contribuie la reducerea simptomelor fiziologice de panică.

Clark, Salkovskis şi Chalkley (1985) au găsit că învățarea controlului respirației este foarte eficientă cu ajutorul unei benzi de magnetofon, unde o voce calmă pronunță: „inspiră" timp de două secunde şi „expiră" pentru un interval egal de timp (ritmul respirator este variabil şi se alege în funcție de subiect), prelungindu-se treptat durata inspirației şi expirației.

Apoi, pacientul este instruit să utilizeze respirația controlată atunci cînd presimte instalarea unui atac de panică (de pildă, expirație prelungită).

în cadrul unui alt experiment, unei paciente care credea că este grav bolnavă de inimă pentru că îşi simțea mai frecvent decît alții bătăile inimii, terapeutul îi explică faptul că

acest fenomen reprezintă doar efectul concentrării atenției asupra unor funcții ale organismului. Deoarece ea s-a arătat sceptică, terapeutul i-a cerut în timpul şedinței să se concentreze asupra inimii timp de 5 minute. Pacienta a constatat cu surpriză că simpla concentrare asupra cordului o făcea să simtă pulsul în zona frunții, la gît, în piept şi chiar în degete. Apoi i s-a_ cerut să descrie mobilierul din cabinet tot timp de 5 minute, timp în care ea nu a mai fost conştientă de bătăile inimii sale.

Un alt tip de experiment constă în demonstrarea rolului gîndurilor în declanşarea unor atacuri de panică şi aceasta se realizează prin producerea unui atac de panică prin simpla manipulare verbală. Se poate face:

• prin solicitarea pacientului să citească cu voce tare o serie de cuvinte care desemnează posibile catastrofe sau sen zații corporale (sufocare, palpitații, moarte etc):

• prin tehnica imaginației dirijate, în cadrul căreia li se cere să-şi imagineze în detaliu că au un atac de panică, să descrie senzațiile trăite şi consecințele de care se tem. Dacă experimentul reuşeşte, terapeutul îi demonstrază pacientului rolul montajului cognitiv în declanşarea stării de panică.

Terapia comportamentelor de evitare

Deşi anxioşii nu au comportamente sistematice de evitare ca persoanele fobice, unii dintre ei evită totuşi unele activități sau situații (Butler ş.a., 1987 a).

• în primul rînd, aproximativ 40% din pacienții cu an xietate generalizată evită situațiile care presupun evaluarea socială (a vorbi în public, a mînca la restaurant), iar aproxi mativ 20% dintre ei ocolesc şi situațiile pe care le evită agorafobicii (a călători cu mijloace de transport în comun, a face cumpărături, a se afla în aglomerație).

• în al doilea rînd, ei evită unele activități care produc senzații care evocă teamă (ca de pildă, exercițiile fizice).

• în al treilea rînd utilizează strategii de evitare cînd se instalează simptomele (de exemplu, se sprijină de obiecte solide cînd apare senzația de leşin).

Toate cele trei modalități de evitare tind să mențină gîndurile negative ale pacienților. Din acest motiv este bine ca terapeutul să-i încurajeze pe pacienți să intre în situații sau să se angajeze în activitățile pe care au tendința să le evite pentru a verifica dacă lucrurile de care se tem se vor produce într-adevăr.

Pacienții sînt încurajați să se expună gradat la situațiile sau activitățile anxiogene. Mai mult chiar, ei sînt solicitați să anticipeze ce se va întîmpla în timpul exercițiului de expunere şi apoi să evalueze dacă ceea ce se petrece cu adevărat este mai rău sau mai puțin rău decît au anticipat (apreciază pe scale nivelul de anxietate). în plus, este important să se modifice şi acele modele de comportament pe care pacienții s-au obişnuit să le pună în acțiune o dată ce simptomele se declanşează.

De pildă, un pacient cu atacuri de panică se temea că îşi va pierde mințile în timpul respectivului atac. întrebat ce îl împiedică totuşi să nu şi le piardă, el a răspuns că încearcă să-şi controleze gîndurile şi că asta îl salva.

Pentru a-i demonstra faptul că este vorba de o convingere eronată, terapeutul 1-a determinat să reproducă în plan imaginativ simptomele şi apoi să nu-şi controleze gîndurile. Drept urmare, el a constatat că atacul de panică nu duce la nebunie.

Un pacient care se temea să nu-i tremure mîinile în public, verifica mereu acest lucru cu palmele întinse şi degetele depărtate. Terapeutul i-a demonstrat că o astfel de poziție favorizează tremuratul mîinilor chiar şi la persoane care nu se tem de aşa ceva.

învățarea unor noi modele de comportament şi a unor deprinderi de a face față situațiilor anxiogene

Pentru mulți pacienți, situațiile sociale sînt dificile pentru că ei nu au deprinderi de conversație sau comportament social. în astfel de cazuri este necesară o antrenare a abilităților sociale. O dată problema identificată, respectivele comportamente sînt modelate de către terapeut în cursul şedinței, practicate sub formă de „role-playing" în timpul psihoterapiei şi apoi în situațiile de viață.

Tehnica identificării supozițiilor negative (disfuncționale). Se poate realiza prin:

a) utilizarea unor jurnale zilnice în care se notează aceste supoziții disfuncționale;
b) identificarea gîndului negativ şi găsirea convingerii care se ascunde în spatele lui.

Pacientul se întreabă: „Dacă gîndul ar fi într-adevăr real, ce ar însemna asta pentru mine?"

Ilustrarea unei supoziții disfuncționale, a răspunsului rațional şi a planului de schimbare (Clark şi Beck, în Cognitive approaches, Handbook of anxiety disorders (ed. Last, C. şi Hersen, M.), Pergamon, New York, pp. 362-385.

/. *Supoziția disfuncțională.*

Eu nutresc convingerea că „nu sînt bun de nimic dacă nu reuşesc. Toate succesele mele trecute nu valorează doi bani dacă nu reuşesc din nou. Nimeni nu mă va iubi dacă nu voi reuşi".

2. Răspunsul rațional şi planificarea schimbării.

Gîndul meu este nerațional şi el a apărut pentru că părinții nu m-au lăudat niciodată pentru succesele obținute, ci mi-au sugerat mereu că este un nou obstacol de trecut.

Această idee a mea nu este adevărată şi pentru că în trecut am obținut realizări pe care nimeni nu mi le poate lua înapoi. Eu sînt acelaşi şi atunci cînd am note slabe la şcoală

şi nimeni din familie nu s-a purtat cu mine altfel în această situaţie. Ei continuă să mă iubească. Mai mult, acest gînd este perturbator pentru că mă face să mă simt tot timpul anxios.

Pentru că nutresc acest gînd de multă vreme, va trebui să lupt mult cu mine pentru a-l schimba şi aceasta îmi va cere ceva timp. Pot să fac două lucruri pentru a facilita schimbarea:

a) să fac o listă cu convingerile mele;
b) să-mi petrec o parte din timp făcînd ceva ce îmi face cu adevărat plăcere, nu să fac doar acele lucruri care trebuie îndeplinite.

Tehnica este ilustrată şi prin intermediul următorului exemplu:

O pacientă anxioasă nutrea gîndul că nu va putea face tot ce şi-a propus să realizeze. Discuţia a pus în evidenţă faptul că la baza ei stătea afirmaţia eronată: „Trebuie să realizez totdeauna lucrurile perfect".

Notînd avantajele şi dezavantajele acestei convingeri a apărut că avantajul (uneori se obţine lucru de calitate) este depăşit de dezavantaj (se produce anxietate care o împiedică să-şi asume riscuri, o făcea să-şi restrîngă aria de activităţi).

Programul terapeutic a constat în a-i propune să lupte împotriva convingerii eronate încercînd să facă lucrurile mai puţin perfect în mod deliberat, ceea ce a făcut să găsească mai multă satisfacţie în activităţile cotidiene, pentru că a încetat să-şi evalueze tot timpul performanţele.

Tehnicile de relaxare îi ajută pe pacienţi să-şi demonstreze faptul că ţin sub control simptomele lor.

Peveler şi Johnston (1986) au demonstrat şi faptul că relaxarea creşte gradul de accesibilitate a informaţiilor pozitive în memoria pacientului şi facilitează găsirea unor alternative la gîndurile anxiogene.

Relaxarea se realizează prin:

- îndeplinirea planificată a unor activităţi care îi fac plăcere subiectului;
- pauze planificate în cadrul unor programe încărcate;
- practicarea unor tehnici standardizate de relaxare.

Indiferent ce tehnică de relaxare se alege, aceasta trebuie practicată pînă cînd devine deprindere, utilizată nu doar acasă, în fotoliu, ci şi în situaţiile de viaţă.

Majoritatea pacienţilor cu anxietate răspund favorabil la relaxare. Există însă un număr limitat de pacienţi care devin anxioşi în timpul practicării relaxării (Heide şi Borkovec, 1984). Printre aceştia se numără pacienţii care se tem de pierderea autocontrolului.

Mai mult, la unii pacienţi concentrarea asupra corpului poate evoca producerea unor senzaţii pe care aceştia le interpretează eronat ca fiind semne de boală. Aceste reacţii negative pot fi reduse dacă se explică pacienţilor că ei pot trăi în timpul relaxării senzaţii neobişnuite. De multe ori, aceste situaţii pot fi exploatate în cursul psihoterapiei prin procesul de reatribuire de semnificaţii (subiectul poate acorda o altă interpretare senzaţiilor corporale).

Relaxarea trebuie prezentată ca o modalitate de reducere a anxietăţii şi prin aceea că în cursul ei se poate realiza expunerea progresivă, în plan imaginativ, la diverse situaţii anxiogene.

Prevenirea recăderilor. Pentru a creşte încrederea în sine a pacientului, spre sfîrşitul terapiei, cînd simptomele au dispărut, se măreşte intervalul dintre şedinţele de psihoterapie.

Dacă terapeutul anticipează producerea vreunui eveniment negativ (pierderea serviciului, ruperea unei legături afective), el trebuie să lucreze cu pacientul strategii de a face faţă unor astfel de situaţii.

Terapeuţii cognitiv-comportamentalişti sînt de părere că o cauză majoră a recăderilor ar fi găsirea unor argumente insuficiente împotriva gîndurilor negative.

Pentru a antrena această capacitate de a descoperi contraargumente la gîndurile negative, în cursul unor şedinţe de role-playing pacientul furnizează argumente împotriva ideilor sale negative, iar terapeutul îl provoacă prin contraargumente. Acest procedeu îi ajută pe pacienţi să descopere punctele slabe din cadrul luptei lor cu ideile negative. Cînd aceste puncte slabe ale argumentării sînt identificate, pacientul învaţă să găsească argumente mai convingătoare.

CAPITOLUL 9

Terapia cognitiv-comportamentală în depresii

Depresia este un fenomen atît de răspîndit încît a fost, pe drept cuvînt, numită „guturaiul psihiatriei" (Seligman, 1975). 15-20% din populaţia adultă a suferit de o simptomatologie depresivă şi peste 12% a trăit o depresie suficient de puternică pentru a necesita tratament (Melanie Fennell, 1989)v

în ţările vestice, rata depresiei este de 2/1 în favoarea femeilor (Brown şi Haris, 1978).

Cauzele depresiei sînt multiple (Weissman, 1982):

- tulburări la nivelul neurotransmiţătorilor;
- tulburări depresive sau alcoolism în familie;
- pierderea timpurie a unui părinte;
- neglijarea în copilăria timpurie;
- evenimente de viaţă negative;
- un partener ostil sau/şi critic;
- lipsa unei relaţii apropiate;
- absenţa unui suport social;
- lipsa stimei de sine pe termen lung.

în clinică există numeroase clasificări ale tulburării depresive:

- tulburare afectivă bipolară şi unipolar-depresivă;
- tulburare depresivă:

CAPITOLUL 10

Psihoterapia cogn itiv-comportam entală în tulburări psihosomatice şi somatoforme

Paul M. Salkovskis (1989) subliniază faptul că abordarea psihologică a problemelor somatice trebuie să aibă în vedere faptul că la aceşti pacienţi se recurge la tratamentul psihologic ca la ultimul „colac de salvare". Cu cît problema somatică se cronicizează, ei devin tot mai deprimaţi din cauza eşecului tratamentului medical şi se percep ca avînd tot mai multe probleme psihologice. în aceste condiţii, deşi ajung să accepte tratamentul psihologului sau al psihiatrului, ei consideră acest tratament ca pe un tratament auxiliar.

Problemele (tulburările) somatice (psihosomatice şi somatoforme) pot fi împărţite în următoarele categorii (Salkovskis, 1989):

1. Tulburări unde există perturbări identificabile ale funcţionării corporale;

2. Probleme unde tulburările se datorează perceperii cu o excesivă sensibilitate sau reactivitate a unor senzaţii corpo rale normale;

3. Categoria combinată.

în practică, adesea aceste categorii se întrepătrund. (De pildă, un pacient hipocondriac poate reacţiona la simptome minore, cum ar fi durerile de cap).

Cele mai frecvent întîlnite tulburări somatice (psihosomatice şi somatoforme) care ajung la psihiatrie sînt:

- insomnia;
- cefaleea;
- sondromul colonului iritabil;
- tulburarea hipocondriaeă.

Un principiu important al terapiei cognitiv-comportamentale în tulburări somatice constă în aceea că problema pacientului poate fi formulată în termeni pozitivi chiar şi atunci cînd există o tulburare organică reală.

Psihoterapia este mult mai complexă şi mai sofisticată atunci cînd factorul fiziologic joacă un rol important în menţinerea problemei. în această situaţie, nu este indicat să înlăturăm orice problemă fiziologică, conform postulatului fals că „dacă nu este ceva organic, trebuie să fie ceva psihic". Terapeutul trebuie să obţină o descriere exactă a condiţiei somatice a pacientului, să urmărească evoluţia acesteia şi să cunoască toţi factorii somatici care pot afecta tratamentul psihologic.

Tulburările somatice şi somatoforme la care se poate aplica psihoterapia cognitiv-comportamentală

1. Probleme unde există o tulburare observabilă şi identificabilă a funcţionării corporale:

- Sindromul colonului iritabil: dureri abdominale, constipaţie şi/sau diaree;
- Hipertensiune arterială;
- Ticuri şi spasme; _ •
- Astm bronşic;
- Insomnie: dificultăţi de somn asociate cu fatigabilitate în timpul zilei. Există mai multe variante:
  - insomnie de adormire;
  - somn agitat cu treziri frecvente;
  - insomnie de trezire (se trezeşte foarte de

vreme);
- somn neodihnitor.

- Tulburări de somn:
  - coşmaruri;
  - somnambulism;
  - enurezis;
  - bouxism (scrîşnitul dinţilor);
  - sforăit;
- vomă psihogenă;
- dificultăţi de înghiţire şi de a mînca;
- probleme dermatologice: leziuni, iritaţii, erupţii, ec zeme, psoriazis (adesea exacerbate din cauza scăr pinatului).

2. Probleme în cadrul cărora tulburarea constă în perceperea unor simptome datorate excesivei reactivităţi la senzaţiile corporale normale.

- Hipocondria: preocuparea şi teama subiectului că ar avea o boală somatică gravă, fără acoperire în reali tatea clinică; rezistentă la asigurări medicale; include şi nozofobia (fobia de boală).
- Tulburarea de somatizare: multe plîngeri somatice minore, cu convingerea pacientului că este bolnav.
- Durerile ideopatice: preocuparea pentru durere.
- Tulburarea conversivă (isterică): pierderea sau alte rarea funcţionalităţii unui aparat sau sistem al orga nismului, produsă datorită unor cauze psihogene şi care sugerează o tulburare somatică.
- Dismorfobia: preocuparea pentru un defect fizic ima ginar sau pentru înfăţişarea subiectului.

3. Probleme în cazul cărora cauzele simptomelor variază sau sînt neclare. Cefaleea:

- migrenă;
- cefalee tensională.

Se datorează unor tulburări funcţionale ale contracţiilor musculare sau ale sistemului vascular.

- Senzaţia de sufocare: perceperea subiectivă a obstru-ării căilor respiratorii în absenţa unor factori fizio logici obiectivi.

- Dureri cardiace funcţionale (nevroza cardiacă): du reri în regiunea cardiacă,, tulburări care mimează o afecţiune cardiacă.
- Simptome vestibulare: ameţeli, tinnitus (vîjîit în ure chi).
- Dureri cronice: algii care apar în cursul normal al vindecării sau care rezultă dintr-o condiţie degenera tivă (inclusiv durerile de spate).

Abordarea psihologică a problemelor psihosomatice şi somatoforme

Psihologia medicală cunoaşte două tipuri de abordări (opţiuni terapeutice):

a) Adoptarea unui diagnostic medical şi apoi aplicarea principiilor psihologice ţinînd seama de acest cadru, cu pre supunerea că diverşi factori psihologici operează în mod dife rit în cazul unor diagnostice diferite.

b) Se porneşte de la unele principii psihologice, mai precis se aplică principii psihologice la pacienţi avînd diag nostice diferite (Marteau şi Johnston, 1987). în această abor dare, diagnosticul medical se situează pe un plan secundar. Cea de-a doua opţiune terapeutică se potriveşte mai bine de mersului cognitiv-comportamental.

Abordarea psihologică a pacienţilor cu tulburări psiho-somatice şi somatoforme trebuie să ţină seama de următoa-rele aspecte:

1. Pacienţii sînt convinşi că problema lor are o cauză de natură fiziologică. Această opinie poate fi corectă, exagerată sau complet greşită. Cînd pacienţii au credinţa distrosionată sau nerealistă că organismul lor funcţionează în mod defectu os, această credinţă devine sursă de stres şi de anxietate.

2. Pacienţii îşi bazează credinţele exagerate pe obser vaţii care îi conving de faptul că aceste credinţe pot fi ade vărate. Este vorba de simptome sau semne care sînt interpre tate în mod eronat ca semne de boală sau de interpretarea

greşită a afirmaţiilor pe care le fac unele cadre medicale. De pildă, faptul că un indicator fiziologic se abate de la normă este considerat de pacient ca un semn de boală gravă.

3. Problemele somatice ale pacienţilor sînt dezadaptative în două sensuri:

- datorită handicapului produs de problemă;
- datorită reacţiei emoţionale la problemă: anxietate, supărare, depresie.

Ambele aspecte pot determina pacientul să solicite ajutor.

4. Reacţia la tulburarea percepută poate include modificări în dispoziţie, cogniţie, comportament şi în funcţionarea fiziologică a organismului. Aceste modificări nu fac decît să menţină problema (în cazul tulburărilor unde baza fiziologică este minimală sau inexistentă), sporind handicapul produs de problema fiziologică reală, cît şi reacţia emoţională la tulburarea percepută.

Tratamentul psihologic are drept obiectiv modificarea factorilor care menţin atît starea afectivă negativă, cît şi handicapul somatic.

5. O problemă care iniţial a avut o cauză fizică poate fi menţinută şi prelungită datorită unor factori psihologici.

Modelul teoretic al hipocondriei şi al anxietăţii legate de starea de sănătate

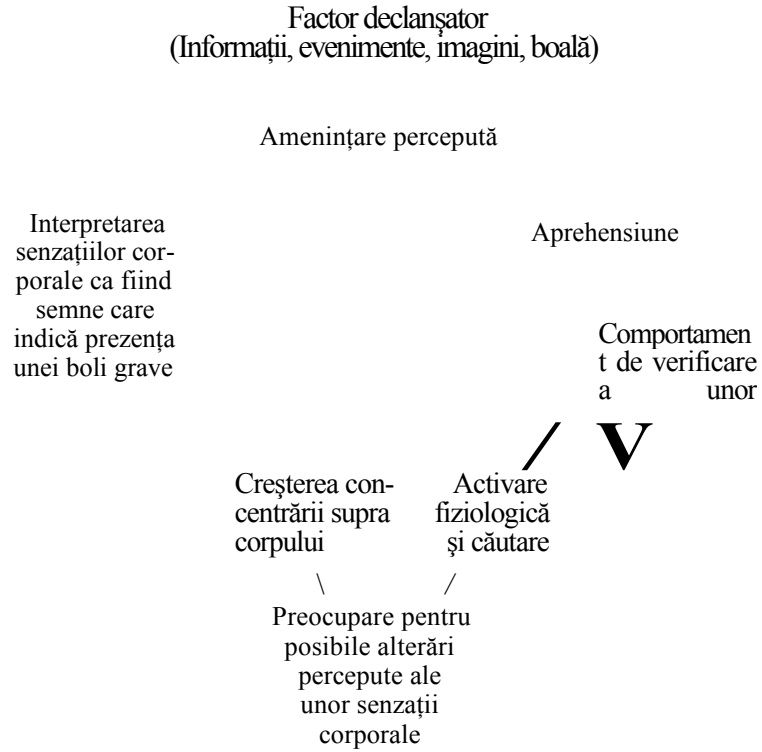
Tulburarea hipocondriacă se caracterizează prin aceea că subiectul resimte anxietatea că ar putea avea sau că are deja o boală somatică gravă. Mulţi pacienţi care prezintă cu adevărat boli somatice au un grad mai scăzut de anxietate în legătură cu sănătatea lor.

Una dintre sarcinile de bază ale oricărei psihoterapii care abordează probleme somatice este să evalueze gradul în care anxietatea legată de sănătate contribuie direct sau indirect la starea proastă a pacientului şi la menţinerea problemei acestuia.

Reducerea anxietăţii legate de sănătatea proprie la în-

ceputul psihoterapiei reprezintă un obiectiv important, care

poate fi atins repede şi care va spori eficiența intervențiilor viitoare. Figura de mai jos arată modul în care factorii psihologici operează în direcția menținerii anxietății şi preocupărilor pentru sănătate (după Salkovskis, 1989).


Factor declanşator
(Informații, evenimente, imagini, boală)
Amenințare percepută
Interpretarea senzațiilor corporale ca fiind semne care indică prezența unei boli grave
Aprehensiune
Comportament de verificare a unor
Creşterea concentrării supra corpului
Activare fiziologică şi căutare
Preocupare pentru posibile alterări percepute ale unor senzații corporale

De pildă, un pacient poate interpreta transpirația abundentă ca fiind semnul unui dezechilibru hormonal sever. Acesta va transpira şi mai mult pe măsură ce se gîndeşte că transpiră, fapt ce îi furnizează evidențe pentru faptul că este într-adevăr bolnav.

Focalizarea atenției

Variațiile normale ale funcționării organismului pot intra în obiectivul atenției pacientului, acesta percepîndu-le ca pe nişte simptome noi. Aceştia pot să cosidere că aceste modificări percepute reprezintă simptome patologice. Astfel, de pildă, un pacient observă că are unghiile mai palide şi are

pete albe pe unghii şi interpretează acest lucru ca fiind semnul unui deficit hormonal.

Focalizarea atenţiei poate conduce şi la modificări actuale în funcţionarea unor sisteme fiziologice (bătăile inimii, respiraţia, reflexul de deglutiţie, activitatea musculară etc). De exemplu, un pacient poate interpreta dificultatea de a înghiţi alimente solide ca fiind un semn de cancer în gît. Concentrarea asupra procesului de deglutiţie poate conduce la un şi mai mare efort de înghiţire.

Comportament evitant

Atenţia pacienţilor cu tulburare hipocondriacă este îndreptată predominant spre interiorul corpului, iar factorii externi (lecturi, întrebări adresate celorlalţi) întreţin procesul. Pacienţii au rareori posibilitatea să evite complet stimulii generatori de anxietate, astfel încît ei recurg deliberat la acele comportamente care minimalizează disconfortul fizic sau previn boala de care se tem.

Credinţa că pericolul a fost prevenit nu face decît să întărească ideea pacienţilor că sînt bolnavi:

„Dacă nu aş fi utilizat inhalatorul aş fi murit"

„Nu fac exerciţii fizice pentru că mor de inimă".

La unii pacienţi care suferă de anxietate în legătură cu starea de sănătate, comportamentele de verificare şi de solicitare a unor asigurări sînt întărite de reducerea temporară a anxietăţii. La aceştia, ca şi la obsesivi, rezultatul este creşterea preocupărilor pentru starea de sănătate şi creşterea anxietăţii.

Pacienţii consultă numeroşi medici, fac nenumărate controale şi, în cele din urmă, găsesc medici care să le prescrie o medicaţie severă sau chiar intervenţii chirurgicale, prescrieri pe care pacienţii le iau drept confirmări ale temerilor lor. Simptomele se amplifică şi uneori se adaugă noi simptome iatrogene (efecte secundare ale medicamentelor).

Unele comportamente au efecte directe asupra simptomelor prezente. Astfel, de pildă, un pacient care simte slăbiciune permanentă încetează să mai facă efort şi se plimbă tot mai puţin. Ca urmare, după cîteva luni, acesta constată o amplificare a stării de slăbiciune (datorată lipsei de antrenament), pe care o pune pe seama bolii, în cazul în care acesta credea că are scleroză multiplă).

Se mai constată şi alte tipuri de comportamente ca, de pildă, utilizarea unei medicaţii inadecvate, a corsetelor, bastoanelor etc.

Deci, aspectul cel mai important al problemei celor care suferă de anxietate legată de sănătate constă în interpretarea eronată a modificărilor corporale obişnuite sau a informaţiilor oferite de medici, prieteni, mass-media.

Pacienţii reţin selectiv informaţii care întăresc convingerile lor negative în legătură cu starea de boală.

Deci factorii cognitivi, fiziologici şi comportamentali care menţin tulburarea hipocondriacă sînt:

- Activarea fiziologică
- Evitarea unor activităţi
- Verificări şi căutare de asigurări
- Interpretarea greşită a simptomelor
- Alterarea dispoziţiei.

Evaluarea

Interviul introductiv are o deosebită importanţă mai ales pentru pacienţii care consideră că au fost trimişi în mod eronat la psihiatru sau psiholog, problema lor fiind somatică. Din acest motiv, interviul iniţial este dificil pentru că pacientul încearcă să-l convingă pe terapeut că are nevoie de medicamente. In aceste situaţii, terapeutul trebuie să-i explice că el se ocupă şi de probleme în care există un factor somatic real, dar tratamentul psihologic ajută la reducerea stresului care amplifică problema.

Nu trebuie să se treacă la psihoterapia propriu-zisă pînă cînd nu se obţine colaborarea pacientului şi o formulare pozitivă a problemei psihologice a acestuia.

Lista problemelor care trebuie evaluate
Interviul preliminar

- Atitudinea pacientului față de faptul că a fost trimis la psihoterapie şi față de problema sa.
- Detalii în legătură cu problema - aspecte cognitive, fiziologice, comportamentale şi afective.
- Istoricul tratamentelor urmate.
- Factorii care îl fac să se simtă mai rău şi cei care îl fac să se simtă mai bine.
- Nivelul handicapului: social/ocupațional/loisir.
- Convingeri în legătură cu originile, cauzele şi evo luția bolii.
- Convingeri generale în legătură cu natura şi sem nificația simptomelor.

Automonitorizarea:

- Jurnale în legătură cu simptomul (problema) obiec tiv, gînduri asociate, dispoziție, comportamente, medicație, consecințe ale problemei.

Chestionare:

- de anxietate;
- depresie;
- specifice.

Măsurători fiziologice:

- Variația unor parametri fiziologici.

Foarte utilă este întrebarea: „Care crezi că este lucrul cel mai rău care s-ar putea întîmpla?"

O altă problemă frecvent întîlnită este aceea a pacienților care cred că medicii au făcut, în cazul lor, o eroare de diagnostic.

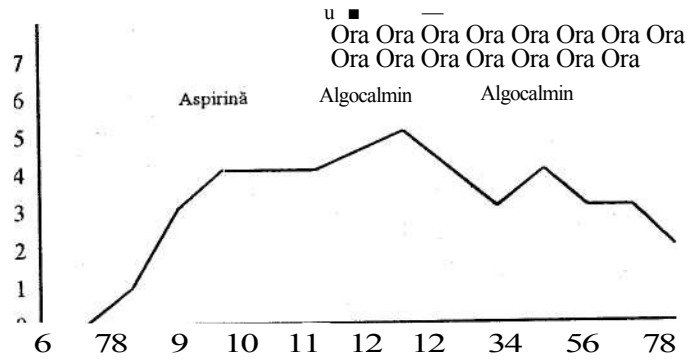
în cazul automonitorizărilor, pacienții trebuie învățați să descrie gîndurile, stările şi comportamentele asociate cu problema simptom şi *nu* să caute conexiuni între acestea.

Psihoterapia trebuie în multe cazuri realizată în colaborare cu medicul generalist, pentru că pe parcursul ei se procedează la reducerea medicației sau la programe de exerciții fizice.

Model de foaie de observație pentru un pacient cu migrene
(Clare Philips, după Solkovskis, 1989)

0 = absența durerii de cap
1 = durere slabă conştientizată din cînd în cînd
2 = durerea poate fi uneori ignorată
3 = simt durerea, dar pot lucra
4 = durere puternică; capacitate de concentrare dificilă
5 = durere intensă, invalidantă

T3



Psihoterapia (Salkovskis, 1989)

Principiile psihoterapiei

1. Obiectivul psihoterapiei este să-1 ajute pe pacient să identifice ce este (care este) problema sa şi nu ce nu este ea.

2. Pacientul trebuie să realizeze faptul că simptomele există în realitate, iar tratamentul trebuie să ofere o explicație satisfăcătoare pentru prezența acestora.

3. Realizarea distincției între a furniza pacientului o informație relevantă şi asigurarea acestuia cu informații repe titive şi irelevante.

4. Şedinţele de psihoterapie nu trebuie să îmbrace un caracter combativ („nu ai boala respectivă!"). Chestionarea pacientului şi colaborarea cu acesta reprezintă metodele preferate.

5. Credinţele pacientului sînt bazate pe fapte de obser vaţie, pe care acesta la găseşte convingătoare. în loc să com bată respectivele credinţe, terapeutul trebuie să descopere acele fapte de observaţie pe care pacientul le consideră do vezi că suferă de o boală şi apoi să lucreze, în colaborare cu pacientul, asupra lor.

6. Se stabileşte cu pacientul un contract pe termen scurt, contract care trebuie să respecte solicitările psihoterapeutului şi anxietăţile pacientului.

7. Atenţia selectivă şi sugestibilitatea pacienţilor tre buie utilizate pentru a demonstra modul în care anxietatea se structurează pe baza unor factori conjuncturali, a unor simptome şi informaţii diverse.

8. Ceea ce au înţeles pacienţii în legătură cu cele afir mate în timpul şedinţelor de psihoterapie trebuie verificat, cerîndu-le pacienţilor să rezume cele spuse şi implicaţiile respective.

Tehnicile psihoterapeutice
(Salkovskis, 1989)

înainte de începerea tratamentului, pacientul trebuie să fie de acord cu definirea psihologică a problemei sale. Aceasta se discută clar cu pacientul. Pacientul şi terapeutul trebuie să cadă de acord în ceea ce priveşte scopul psihoterapiei. Mulţi pacienţi încearcă să facă din terapeut un fel de aliat, căutînd să-l convingă că „nu sînt nebuni" şi că au într-adevăr o boală somatică. Alţii văd în psihoterapeut un,expert de la care pot obţine asigurări.

Pînă cînd expectaţiile diferite ale pacientului şi terapeutului nu sînt puse de acord, terapia nu poate avea succes. Cu toate acestea, terapeutul nu trebuie să se aştepte ca pacientul să-şi considere problema ca fiind doar o simplă „anxietate". Acest impas trebuie rezolvat prin discuţii purtate cu grijă, discuţii în cadrul cărora terapeutul nici nu respinge, nici nu adaugă o greutate în plus convingerilor eronate ale pacienţilor cu privire la boala lor.

La început, terapeutul trebuie să pară că acceptă pe deplin convingerile pacientului. El îi explică acestuia că în general oamenii îşi bazează asemenea convingeri pe date de observaţie. In acelaşi timp, el trebuie să-i arate că mai poate exista şi o explicaţie alternativă la cele observate de pacient şi că vor fi utilizate anumite sarcini specifice pentru a testa respectiva explicaţie a simptomelor, care este diferită de cea a subiectului. Pacientului trebuie să i se spună în mod explicit că analizele, controalele medicale, asigurările şi discuţiile fără rost despre boală nu vor face parte din tratament.

Se propune un termen de 4 luni pentru psihoterapie. Dacă în acest interval pacientul a realizat tot ce i-a cerut terapeutul şi nu s-a produs nici o modificare, terapeutul va fi gata să admită că pacientul are o problemă mai curînd somatică.

1. Modificări în medicaţie, dietă, stil de viaţă.

Mulţi pacienţi consumă medicamente pentru a-şi uşura situaţia, dar acestea nu mai au efect sau sînt chiar nocive. Tratamentele paliative trebuie reduse cît mai mult în colaborare cu medicul generalist. Această reducere trebuie realizată gradat.

Medicaţia prescrisă pentru afecţiuni inexistente nu face decît să sporească anxietatea pacientului pentru că acţiunea de a lua medicamente îndreaptă atenţia pacientului spre boală şi îi întăreşte convingerea că o are.

• în cadrul dietei trebuie înlăturate acele substanţe (alimente) care pot produce' tulburări sau reacţii alergice (de exemplu, este cunoscută legătura dintre insomnie şi cofeină). Pacienţii pot să nu fie conştienţi de excesele lor sau se jenează să le recunoască. Aceste excese se referă la alcool, cafea, tutun etc.

• De asemenea este bine să se indice pacientului un program de exerciţii fizice.

2. Modificarea convingerilor cu privire la natura şi con secinţele problemei.

Tratamentul are drept obiectiv prioritar modificarea modului în care pacientul interpretează simptomele. Modificarea convingerilor implică identificarea gîndurilor negative şi a elementelor pe care acestea se bazează. Se utilizează discuţiile cu privire la gîndurile negative, automonitorizarea şi experimentele în sfera comportamentului. Automonitorizarea oferă pacientului şi terapeutului indicaţii cu privire la cît de eficientă a fost modificarea unei convingeri.

în cadrul experimentelor realizate în sfera comportamentală, obiectivul constă în a-i demonstra pacientului că simptomele sale pot fi influenţate şi chiar produse şi de alţi factori decît cei care cred ei că le produc.

Astfel, unui pacient care credea că dificultăţile sale de deglutiţie sînt simptomul unui cancer laringian i s-a cerut să înghită de mai multe ori la rînd şi să observe efectele. Acesta a constatat cu surpriză că îi venea din ce în ce mai greu să înghită. Această observaţie era importantă pentru că pacientul obişnuia să înghită în sec de multe ori pentru a verifica starea gîtului său.

Un alt pacient considera că senzaţia de ameţeală pe care o avea era simptomul unei tumori cerebrale. în momentul în care i s-a cerut să se concentreze asupra zonei capului şi să se gîndească la tumoră, senzaţia de ameţeală s-a accentuat. Discutînd cu terapeutul, pacientul şi-a amintit faptul că în mod frecvent gîndul la tumoră îi provoca simptomele. Terapeutul 1-a întrebat ce concluzie trage din această observaţie, iar pacientul a răspuns că i se pare puţin probabil că numai gîndul la tumoră poate înrăutăţi starea şi că mai curînd simptomele erau reacţia sa la starea de anxietate.

3. Modificarea comportamentului.

Majoritatea comportamentelor pacienţilor cu tulburări somatoforme sau hipocondriace au un scop preventiv şi sînt

relativ dificil de modificat fără să se modifice convingerile care stau la baza acestora.

Terapeutul împreună cu pacientul:

- testează convingerea conform căreia un anumit tip de comportament îi apără de consecinţele bolii;
- efectuează experimente pentru a verifica dacă acele comportamente despre care pacientul crede că reduc simptomele chiar realizează acest lucru.

De pildă, o pacientă cu colon iritabil se simţea anxioasă ori de cîte ori avea o senzaţie de balonare în zona abdominală. Ea utiliza frecvent laxative şi supozitoare pentru a scăpa de aceste senzaţii. Terapeutul a emis ipoteza că aceste medicamente perturbau funcţionarea normală a intestinului şi creşteau sensibilitatea în zona respectivă. Pacienta a fost de acord să renunţe la supozitoare şi laxative timp de 3 săptămîni, monitorizînd funcţionarea intestinului. Ea a constatat că avea mai puţine balonări şi a reuşit să discrimineze mai corect senzaţia de defecare.

în multe cazuri, comportamentele de evitare menţin preocuparea pacientului pentru boală, oprind accesul pacientului la informaţii care contrazic interpretarea negativă a simptomelor.

Astfel, o pacientă cu dureri cronice a fost obligată să utilizeze un scaun cu rotile pentru că şi-a restrîns activitatea fizică rămînînd în pat atunci cînd durerile erau puternice. Cînd a început un program de exerciţii fizice, ea a rămas mirată să constate că nu s-a produs nici o deteriorare a stării sale.

4. Clarificarea efectului negativ al asigurărilor.

La pacienţii cu anxietate în legătură cu starea de sănătate apar o serie de comportamente care seamănă cu verificările obsesive. Aceste comportamente de reasigurare focalizează atenţia pacienţilor asupra grijilor lor, reducînd anxietatea pe termen scurt, dar crescînd preocupările patologice pe termen lung (Salkovskis şi Warwick, 1985, 1986). Astfel

de comportamente implică solicitare de aoalize, examinări medicale sau discuţii în detaliu despre simptome. La aceşti pacienţi asigurarea personalului medical devine repede neproductivă pentru că ei culeg informaţiile în mod selectiv şi interpretează greşit chiar asigurările. De exemplu, unui pacient cu dureri de cap medicul i-a spus: „durerile tale de cap sînt probabil cauzate de tensiune. Dacă persistă, vom face o radiografie la cap". Pacientul a interpretat afirmaţia medicului ca fiind un semn că acesta ar crede că pacientul suferă de o tumoră cerebrală. Deci, încercările repetate de a-i dovedi pacientului că nu este bolnav, chiar dacă sînt bazate pe teste medicale sau pe persuasiune verbală, nu fac decît să-i sporească anxietatea. In astfel de situaţii terapeutul trebuie să-i explice clar pacientului rolul în menţinerea simptomului al acestei goane după asigurări că nu este bolnav. în acelaşi timp, terapeutul trebuie să evite discuţiile neproductive cu privire la boală pe care tinde să le iniţieze pacientul.

Exemplu:

T: Chiar crezi că ai nevoie de aceste asigurări? *P:* M-ar face să mă simt mai bine. *T:* Cît de mult trebuie să te asigur că nu eşti bolnav ca să-ţi

ajungă pînă la sfîrşitul anului?

P: Pînă la sfîrşitul anului?

T: Ai primit pînă acum mii de asigurări. Crezi că încă trei ore în care să te asigur că nu eşti bolnav îţi vor ajunge pentru tot restul anului? *P:* Probabil pentru restul zilei! *T:* Deci, oricîte asigurări ai primi, tot nu-ţi ajung? *P:* Nu, cu cît primesc mai multe, cu atît vreau mai multe! *T:* Arunci mai crezi că asigurările mele sînt un tratament eficient sau ar fi mai bine să trecem la altceva? Rudele sau prietenii apropiaţi sînt solicitaţi de terapeut să nu furnizeze asigurări pacientului.

5. Alte tehnici de control al anxietăţii, cum ar fi, de pildă, relaxarea sau amînarea trăirii anxioase (Borkovec, Robinson, Pruzinski şi De Poli, 1983).

Tehnica amînării anxietăţii constă în următoarele: „Ei bine, nu îţi voi cere să nu-ţi faci griji în legătură cu sănătatea ta, pentru că oricum ţi le vei face. Iţi voi cere doar să amîni perioada cînd trăieşti frica. Cînd observi că eşti îngrijorat, notează motivele îngrijorării într-un caiet. Apoi îţi stabileşti cîte o jumătate de oră sau o oră în fiecare seară cînd îţi propui să simţi teama".

Indicaţii psihoterapeutice pentru diverse tipuri de afecţiuni psihosomatice şi somatoforme

1. *Cefalee*

Se recomandă o combinaţie de tehnici cognitive de modificare a comportamentului şi relaxare (Philips, 1988). Studiile clinice au arătat că aproximativ 40% din pacienţi obţin o ameliorare pe termen lung a durerilor de cap dacă renunţă la medicaţia analgezică.

2. *Insomnia*

Pacienţii cu dificultăţi de somn se află într-un cerc vicios, în cadrul căruia îngrijorarea produce insomnie, iar insomnia conduce, la rîndul ei, la o nouă îngrijorare, care produce din nou insomnie.

Pentru ca psihoterapia să aibă succes, este necesar:

a) să se optimizeze condiţiile care fac să se instaleze somnul

b) să se reducă preocuparea (cu îngrijorare) pentru alte evenimente decît tulburarea de somn

c) să se reducă îngrijorarea în legătură cu tulburarea de somn

d) trebuie înlăturată concepţia eronată că este obligato riu pentru toţi indivizii sa doarmă 8 ore

e) modificarea stilului de viaţă şi a regimului alimentar (trebuie eliminate mai ales alcoolul şi cafeaua)

f) evitarea somnului de după amiază

g) instalarea unui model regulat somn-veghe

h) strategii cognitive: modificarea gîndurilor negative referitoare la tulburarea de somn.

Astfel, de exemplu, un pacient era convins de faptul că dacă va fi deprivat de somn el va muri de oboseală. Acestui pacient i s-au descris experimentele de deprivare de somn în aşa fel încît să ajungă la concluzia că acestea nu sînt chiar atît de periculoase. Pacientul s-a amuzat cînd a aflat că subiecţii cu care se încerca deprivarea de somn (sunete, spoturi luminoase) au sfîrşit prin a adormi. Acest pacient a fost instruit să scrie pe faţa unei cartele „Lipsa de somn mă va ucide!", iar pe cealaltă faţă: „Lipsa de somn mă va face pînă la urmă să adorm!"

O contabilă nutrea ideea că lipsa de somn o va face să greşească la calcule. Cu ea s-a făcut următorul experiment: a fost solicitată să realizeze nişte calcule după o noapte cînd a dormit bine şi după o noapte de insomnie şi nu a constatat nici o diferenţă. Ţinînd un jurnal în care să-şi noteze fluctuaţiile de dispoziţie şi erorile de calcul, ea a constatat că lipsa somnului îi afectează dispoziţia, dar nu şi performanţa.

i) Relaxare. Aceasta trebuie să cuprindă în mod special imagini mentale cu caracter ritmic.

j) Formarea unor deprinderi de condiţionare a somnului (controlul stimulilor declanşatori ai somnului). Astfel, dacă utilizăm dormitorul pentru a lucra, ne va veni mai greu să adormim. Dimpotrivă, trebuie realizată o asociere între somn, pat, dormitor.

Se recomandă identificarea activităţilor care înlătură somnul: lectură, mîncat, privit la TV, îngrijorare referitoare la diverse probleme. Cu excepţia somnului şi a relaţiilor sexuale, toate activităţile vor fi excluse din dormitor. Este indicată, de asemenea, respectarea aceleiaşi ore de culcare.

„Dacă constaţi că te frămîntă grijile atunci cînd te aşezi în pat, ridică-te, mergi în altă cameră unde te poţi gîndi la problemele tale. Rămîi acolo pînă ţi se face somn".

k) Tehnica psihoterapiei prin intervenție paradoxală. Această tehnică se recomandă mai ales pacienților rezistenți la tratament.

Instructajul administrat sună în felul următor:

„Cînd te așezi în pat încearcă să notezi gîndurile care îți vin în minte. Fă toate eforturile ca să nu adormi. Chiar dacă nu vei dormi toată noaptea, aceasta îți va fi de folos în viitor".

în cazul în care pacienții vin la psihoterapeut cu speranța că vor obține un autocontrol total asupra problemei, acesta trebuie să-i determine să aibă obiective mai realiste. Dimpotrivă, dacă pacienții sînt totalmente lipsiți de speranță în legătură cu o posibilă schimbare, trebuie să li se spună că micile modificări realizate le vor fi utile în viața de zi cu zi și în același timp trebuie să se sublinieze și faptul că pacientul nu are nimic de pierdut dacă se angajează într-un mic experiment, în cadrul căruia își propune un scop limitat (de pildă, să nu se mai simtă deprimat atunci cînd are amețeli).

O problemă importantă este legată de atitudinea celorlalți medici care, nu de puține ori, sabotează, cu sau fără voie, psihoterapia.

Efectele psihoterapiei la această categorie de pacienți sînt:

- ameliorare pe termen lung;
- obținerea unor modificări de mică amploare, dar care sînt utile pacientului;
- stoparea deteriorărilor;
- ajutarea pacienților să ducă o existență aproape normală, în ciuda problemei pe care o au;
- reducerea stărilor afective negative asociate simptomului (anxietate, depresie, demoralizare).

Indicații psihoterapeutice speciale pentru diverse afecțiuni psihosomatice sau somatoforme (după Salkovskis, 1989)

1. Hipertensiunea: • tensiunea arterială trebuie periodic măsurată;

m este eficientă utilizarea relaxării, combinată cu meditație şi procedee bazate pe bio-feedback (Patel, Marmot şi Terry, 1981; Johnston, 1984; Leenan şi Haynes, 1986).

2. Ticuri şi spasme musculare:

- utilizarea practicii pozitive, în cadrul căreia se cere subiectului să repete voluntar contractară musculară pe perioade bine determinate (Bird, Cataldo şi Parker, 1981).

3. Astmul bronşic

Pacienții sînt adesea cuprinşi de panică chiar şi atunci cînd căile respiratorii nu sînt obstruate. Atacurile de panică se termină de obicei cu un atac de astm şi invers. Este necesară tratarea atacului de panică. Automonitorizarea şi experimentele în sfera comportamentală sînt utile pentru a-1 învăța pe pacient să realizeze discriminarea dintre un atac anxios şi un atac de astm propriu-zis.

Se utilizează strategii de management al anxietății şi strategii de expunere pentru a stopa atacurile şi a creşte toleranța la stres a pacientului (Creer, 1982; Johnston, 1984). Se pot utiliza cu succes tehnici de relaxare şi hipnoza. 4. Afecțiuni dermatologice

Principala intervenție utilizată în eczeme este reducerea scărpinatului, care are loc cu un grad minimal de conştientizare. Se explică pacientului faptul că scărpinatul produce o uşurare pentru moment, dar înrăutățeşte problema în viitor. Automonitorizarea creşte gradul de conştientizare a tendinței subiectului de a se scărpina. Se propun comportamente alternative în locul scărpinatului, cum ar fi, de pildă, lovirea uşoară a zonei afectate (Risch şi Ferguson, 1981; Melin, Friedericksen, Noren şi Swebelius, 1986). Se utilizează cu succes şi tehnica hipnotică. 5. Tulburări vestibulare

în cazurile de amețeală cronică sînt indicate exerciții gradate de mişcare a corpului, precum şi alte tipuri de mişcări care provoacă senzația de amețeală (metoda expunerii).

în tinnitus se utilizează relaxarea şi intervenția cognitivă, menite să-i ajute pe pacienți să realizeze o interpretare mai realistă a simptomelor lor (Hallam şi Stephens, 1985; Beyts, 1987).

6. Durerile cronice

Reducerea comportamentelor de evitare reprezintă o componentă importantă a tratamentului. De asemenea, se recomandă prescrierea unor exerciții fizice.

Obiectivul *explicit* al psihoterapiei constă în producerea unor modificări graduale în viața pacienților, modificări care să reducă nivelul handicapului comportamental şi pe cel al anxietății. Dacă se obține şi o reducere a durerii ca atare, acesta este un cîştig suplimentar. Indicarea unor exerciții fizice creşte şi pragul de toleranță la durere (Weisenberg, 1987; Philips, 1988).

Aşa cum am mai sublinat, este utilă învățarea relaxării şi a autohipnozei.

CAPITOLUL 13

Abordări psihoterapeutice în cazul disfuncţittor sexuale psihogene

Terapia sexuală se utilizează în tratamentul cuplurilor cu probleme, pentru că altfel este dificil de ajutat un subiect cu probleme sexuale care nu are un partener care să-1 ajute. Ulterior, au fost puse la punct şi tehnici de terapie sexuală menite să-i ajute şi pe subiecţii care nu au la dispoziţie un partener stabil.

Disfuncţiile sexuale au drept cauză atît factori fiziologici, cît şi psihici. Este important de ştiut dacă şi în cazul factorilor fiziologici, factorii psihologici secundari nu fac decît să complice situaţia.

Iniţial, s-a considerat că disfuncţiile sexuale au drept cauză experienţele timpurii din copilărie, experienţe legate mai ales de anormalităţile sexualităţii infantile, cît şi de interrelaţiile anormale dintre părinte şi copil. Psihoterapia individuală de orientare analitică era considerată ca un tratament de elecţie pentru aceste tulburări şi avea ca obiectiv realizarea insight-ului cu privire la conflictele inconştiente legate de sexualitate (Hawton, 1989).

între anii 1950 şi 1960, abordarea comportamentalistă, mai ales desensibilizarea sistematică, a început să fie utilizată cu succes în cazul disfuncţiilor sexuale. Acest demers terapeutic se baza pe supoziţia conform căreia cele mai multeg comportamente sexuale patologice sînt comportamente învăţate şi ele pot fi modificate utilizând principii derivate din teoriile învăţării.

în 1970 a apărut celebra lucrare a lui Masters şi Johnson, „Human sexual inadignancy", lucrare care stă la baza psihoterapiilor comportamentale moderne în probleme sexuale.

în cadrul acestor terapii, accentul cade pe dezvoltarea deprinderilor de comunicare, educaţie şi implicarea ambilor parteneri în rezolvarea problemei.

Natura disfuncţiilor sexuale
(Hawton, 1989)

O definiţie corectă a disfuncţiilor sexuale o reprezintă perturbarea persistentă a modelelor sexuale de interes şi răspuns. Disfuncţiile sexuale se deosebesc de deviaţiile sexuale, ce reprezintă comportamente care se deosebesc sub aspect calitativ de cele sexuale normale şi sînt nocive pentru alţi oameni. Această definiţie nu e pe deplin satisfăcătoare pentru că, pe de o parte, este dificil de circumscris comportamentul sexual normal, iar pe de altă parte, faptul că un comportament sexual este calificat drept disfuncţional depinde de mai mulţi factori: dacă partenerul consideră că este o problemă, iar aceste expectaţii pot fi influenţate de opinia prietenilor, mass-media sau de opinia unor medici.

Nu a fost elaborată pînă acum o clasificare satisfăcătoare a disfuncţiilor sexuale. în general, se acceptă drept criterii: interesul sexual, activarea sexuală, orgasmul şi alte probleme. Alţi factori care trebuie luaţi în considerare sînt perioada de debut şi gradul de extensie a tulburării.

Termenii tulburare primară şi secundară se referă la faptul dacă tulburarea a fost prezentă încă de la începutul activităţii sexuale sau a debutat după o perioadă de viaţă se-

xuală satisfăcătoare. Termenii total şi situaţional se referă la faptul că tulburarea sexuală este prezentă în toate situaţiile sau doar în unele din acestea (sex adecvat cu partenerul obişnuit, dar nu şi cu alt partener, activitate sexuală prin intermediul masturbaţiei etc).

în cadrul fiecărei tulburări sexuale există nenumărate variaţii. De exemplu, în cazul tulburărilor de erecţie există bărbaţi care realizează erecţia cu partenera, dar o pierd în timpul actului sexual, bărbaţi care obţin doar o erecţie parţială, bărbaţi care obţin erecţia doar cînd sînt singuri (în timpul masturbării) şi bărbaţi care nu au erecţie în nici un fel de situaţie.

Lipsa satisfacţiei sexuale reprezintă o problemă importantă pentru care indivizii sau cuplurile solicită psihoterapia (fără să existe de fapt disfuncţii sexuale). Mulţi din aceşti subiecţi nu se referă la o disfuncţie anume, ci la absenţa satisfacţiei sexuale. La această situaţie îşi pot aduce contribuţia factori variaţi, cum ar fi dificultăţile relaţionale, faptul că partenerii nu se mai consideră atrăgători unul pe celălalt, plictiseala şi monotonia. Uneori, aceste probleme pot fi secundare lipsei de interes sexual (Bancroft, 1983).

în afara disfuncţiile sexuale sau a lipsei de satisfacţie sexuală, pacienţii se pot adresa specialiştilor şi pentru alte probleme, cum ar fi, de pildă, depresia, insomnia, problemele ginecologice sau lipsa fertilităţii.

Clasificarea disfuncţiilor sexuale

Tipul de disfuncţie	Disfuncţiile	
	Femei	Bărbaţi
Interes sexual	Reducerea interesului sexual	Reducerea interesului sexual
Activare sexuală	Scăderea activării sexuale	Tulburare de erecţie
Orgasm	Disfuncţie orgasmică (anorgasmie)	Ejaculare precoce Ejaculare întârziată sau absentă
Alte tipuri de tulburări	Vaginism Dispareunie	Ejaculare dureroasă Dispareunie

Cauzele tulburărilor sexuale

• Fiziologice: boală, operaţii, diverse tratamente (Barcrofit, 1983, Hawton, 1987). Chiar şi în aceste cazuri, factorul psihologic accentuează tulburarea şi terapia cognitiv-comportamentală este indicată.

• Factori:
  - predispozanţi (lipsă de încredere în sine, pubertate întîrziată);
  - precipitatori (eşec sexual sub influenţa alcoolului);
  - care menţin tulburarea (anxietate anticipatorie la fiecare tentativă de act sexual).

Disfuncţiile sexuale la femei

1. Scăderea interesul sexual - libido scăzut:
   • variază considerabil de la o femeie la alta.
   • se reflectă în frecvenţa actelor sexuale cu partenerul (gînduri cu conţinut sexual, masturbare);
   • se asociază frecvent cu dificultăţi relaţionale şi de presie (Hawton şi Catalan, 1986; Weissman şi Paykel, 1974).

2. Activare sexuală scăzută: reducerea răspunsurilor fiziologice normale (de exemplu, lubrifierea vaginului) la stimulare sexuală şi lipsa senzaţiilor asociate cu excitaţia sexuală:
   • este firească la menopauză şi după naştere.

3. Deficienţă de orgasm: absenţa acestuia sau orgasm foarte rar. Terapeutul trebuie să diferenţieze acele femei care nu obţin orgasm cu partenerul, dar îl obţin prin masturbare, de cele care nu s-au masturbat niciodată. Deficienţa orgasmică secundară se asociază de obicei cu dificultăţi relaţionale.

4. Vaginism: act sexual imposibil sau extrem de dureros datorită unui spasm vaginal care împiedică penetrarea.

Poate apărea după un traumatism al vaginului sau în urma unei infecții.

Multe din aceste femei au idei greşite cu privire la sexualitate, ele fiind altfel normale sub aspectul responsivității sexuale (Duddle, 1977).

5. Dispareunia - act sexual dureros. Durerea poate fi superficială, medie (datorită excitației, infecțiilor vaginale, unor chisturi) sau profundă (infecție pelviană, endometrită sau lipsa activării sexuale). In aceste cazuri se recomandă controlul ginecologic.

Disfuncțiile sexuale la bărbați

1. Interes sexual scăzut poate fi consecința unei tul burări de erecție, a dificultăților relaționale sau a depresiei.
Trebuie exclusă cauza organică (hipogonadism).
2. Tulburări de erecție:
- este cea mai răspîndită tulburare pentru care se soli cită psihoterapia;
- are forme diverse;
- mecanismul erecției este influențat de o varietate de factori psihologici (anxietate, distragere, expectația performanței) şi fiziologici: diabet, probleme circu latorii, leziuni ale coloanei vertebrale, medicație antihipertensivă).

3. Ejaculare precoce:
- este dificil de definit; de regulă, este bine să se solicite şi opinia partenerei, pentru că unii oameni au expectații nerașionale;

» de regulă, reprezintă o tulburare primară; i masturbarea poate fi un factor predispozant; * este frecventă la tineri la începutul vieții sexuale; ■ frecventă în stări de stres;
i numai în cazul în care este persistentă este consi derată simptom.

4. Ejaculare întîrziată/absentă:
- este o tulburare relativ rară, care afectează atît eja cularea, cît şi orgasmul;
- trebuie distinsă de tulburarea datorată unor cauze fiziologice (prostatectomie) sau medicației, cînd su biectul are orgasm, dar nu ejaculează.

Ejacularea se poate obține în timpul masturbării, dar nu şi cu o parteneră, numai în somn sau deloc (în această ultimă situație, se bănuieşte o cauză fizică).

Ejacularea întîrziată: stimularea sexuală trebuie să fie prelungită un timp neobişnuit de lung pînă să apare ejaculare.

5. Ejaculare dureroasă şi dispareunie: senzația de dure re sau arsură după ejaculare de regulă este rezultatul unei in fecții (uretrită, prostatită etc.)

Dispareunia: act sexual dureros, de regulă datorată unor cauze organice (calota prea strîmtă, fren scurt, infecții).

Factori psihologici care pot contribui la disfuncțiile sexuale

Factori predispozanți:
- Educație restrictivă: atitudinea părinților e distorsională sau provoacă inhibiția sexuală
- Relații familiale perturbatoare, lipsa afecțiunii
- Experiențe sexuale timpurii cu caracter psihotraumatizant: viol, incest
- Lipsa educației sexuale.

Factori precipitatori:
- Relații perturbate cu partenerul
- Naşterea unui copil (aici dificultățile sexuale pot apa re şi datorită unor factori fiziologici sau datorită de presiei)
- Infidelitatea

- Disfuncţii ale partenerului
- Eşecuri repetate
- Depresie
- Anxietate
- Experienţe sexuale traumatizante
- Vîrsta
- Reacţia psihologică la unii factori organici.

Factori care menţin tulburarea:
- Anxietatea de performanţă.
- Teama de eşec (de pierdere a erecţiei)
- Solicitările partenerului
- Comunicare insuficientă între parteneri
- Culpabilitate (eventual legată de o relaţie extraconjugală)
- Lipsa atracţiei faţă de partener
- Relaţii confiictuale
- Teama de intimitate emoţională
- Informaţii sexuale insuficiente despre modul cum se realizează stimularea partenerului
- Joc erotic preliminar insuficient (partenera nu este excitată)
- Depresie
- Anxietate.

Evaluarea

Obiectivele evaluării:

1. Definirea naturii problemei sexuale şi a modificărilor dorite de clienţi.

2. Obţinerea unor informaţii care să permită terapeutului să încerce să formuleze ipoteze privind cauzele tulburării în termenii menţionaţi: factori predispozanţi, precipitatori şi care menţin tulburarea.

3. Stabilirea tipului de intervenţie terapeutică indicată în cazul respectiv.

4. Iniţierea procesului terapeutic prin deschiderea unei discuţii referitoare la problemele sexuale şi prin încurajarea partenerilor să identifice factorii cauzali şi posibilele soluţii la problema lor.

Interviul iniţial trebuie realizat separat, cu fiecare partener în parte, pentru a obţine date cît mai sincere. La al doilea interviu partenerii sînt văzuţi împreună de psihoterapeut. Terapeutul trebuie să-1 întrebe pe fiecare partener în parte ce informaţii doreşte să rămînă confidenţiale (de exemplu, o relaţie extraconjugală).

Plan de interviu terapeutic

1. Problema sexuală: natura ei exacta şi evoluţia; modificări dezirabile ale comportamentului sexual.

2. Mediul familial şi copilăria timpurie: relaţii cu părinţii, relaţiile dintre părinţi, atitudinea familiei faţă de sexualitate.

3. Dezvoltarea sexuală şi experienţele sexuale: atitudinile legate de sex din perioada pubertăţii, apariţia interesului sexual, experienţe şi probleme sexuale: masturbare, experienţe traumatizante, homosexualitate.

4. Informaţii despre sex: surse, amploarea informaţiilor, dacă persoana consideră că are informaţii suficiente; terapeutul trebuie să evalueze nivelul de cunoştinţe cu privire la sexualitate al clienţilor săi.

5. Relaţia cu partenerul: evoluţia acestei relaţii, cadrul general al relaţiei cu partenerul, copii, mijloace contraceptive, infidelităţi, sentimente de atracţie faţă de partener.

6. şcoală, ocupaţie, interese, credinţe religioase.

7. Probleme medicale: boli, tratamente urmate.

8. Istoria psihiatrică.

9. Utilizarea alcoolului sau drogurilor.

10. Aspectul exterior şi dispoziţia.

11. Examinare medicală (dacă este cazul).

înainte de a începe psihoterapia, terapeutul trebuie să se convingă dacă este vorba de o disfuncție sexuală reală sau de lipsa unor informații (ca, de exemplu, expectația nerealistă a partenerei că trebuie să aibă orgasm la fiecare act sexual).

Uneori problema pe care o prezintă pacienții nu este cea reală. Astfel, de pildă, terapeutul este solicitat pentru ejaculare precoce, cînd, de fapt, bărbatul poate menține erecția o perioadă rezonabilă de timp, în schimb femeia are dificultăți de atingere a orgasmului. Există şi situația inversă, cînd dificultățile de a realiza orgasmul la femeie pot induce un slab control al ejaculării la bărbat.

Terapeutul trebuie să obțină informații precise, adresînd întrebări directe referitoare la:

- ce anume s-a întîmplat;
- ce a gîndit persoana înainte, în timpul şi după ce a luat sfîrşit actul sexual;
- ce au simțit partenerii în legătură cu acesta.

Sînt foarte importante informațiile în legătură cu masturbarea din următoarele motive:

1. Masturbarea prea rapidă poate constitui un factor predispozant al ejaculării precoce.

2. Atitudinea față de masturbare poate sta la baza tul burării sexuale (de pildă, culpabilitatea).

3. Masturbarea poate constitui un element important al terapiei, mai ales cînd avem de-a face cu un subiect care nu are partener.

Abordarea disfuncțiilor sexuale se realizează sub forma a două modalități:

a) consiliere de scurtă durată.

b) terapie sexuală.

a) *Consilierea*

Include sfaturi şi intervenții cu caracter educațional. Este indicată în următoarele situații:

1. Disfuncția sexuală este de dată recentă şi nu prezintă complicații.

1. Cuplul are mai mult nevoie de educație sexuală.

2. Partenerii au încercat să-şi rezolve problema singuri.

2. Nu e clar dacă se impune terapie sexuală, dar oricum consilierea poatea reprezenta o abordare preliminară.

Partenerii pot beneficia frecvent de astfel de abordări de scurtă durată (Hawton, 1985).

b) Indicații pentru terapia sexuală:

1. Problema sexuală are o durată mai lungă (cel puțin cîteva luni).

2. Eforturile cuplului de a-şi rezolva problema fără aju tor a eşuat în totalitate.

3. Problema este generată sau menținută de factori psi hologici: experiențe sexuale cu caracter aversiv, anxietate de performanță, imagine de sine scăzută).

4. Problema amenință să distrugă relația în totalitate,

în cazul psihoterapiei sexuale trebuie avuți în vedere şi următorii factori:

a) Cadrul general al relației dintre parteneri. Psihote rapia sexuală nu se aplică în cazul în care dificultatea sexuală reprezintă un simptom al unei relații deteriorate în cadrul cu plului, în acest caz, se indică terapie maritală.

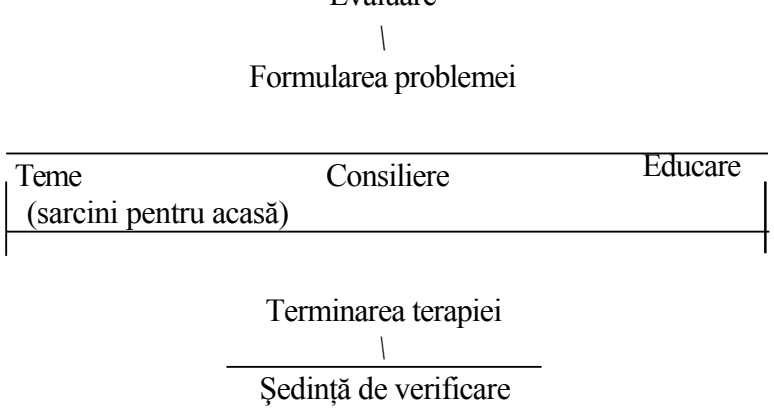
b) Tulburările psihiatrice majore constituie contraindi cații pentru psihoterapia sexuală. Aceşti pacienți nu vor fi abordați pînă nu s-a rezolvat problema lor de bază. Tulbu rările psihiatrice minore, cum ar fi depresia uşoară şi mode rată sau anxietatea, nu reprezintă contraindicații pentru te rapia sexuală, mai ales cînd aceste simptome sînt secundare disfuncției sexuale.

c) Alcoolismul. Dacă unul din pacienți este alcoolic, nu se va recurge la psihoterapie sexuală din cauza complianței slabe la terapie şi a dificultăților relaționale cu partenerul.

d) Sarcina. Experienţa clinică a arătat că terapia sexu ală nu trebuie începută cînd partenera este însărcinată datorită scăderii fireşti a libidoului în lunile avansate de sarcină.

e) Motivaţia. Psihoterapia sexuală nu se aplică atunci cînd terapeutului îi este clar că aceasta nu este acceptabilă pentru ambii sau pentru unul din parteneri.

Stadiile psihoterapice sexuale



Deci, programul psihoterapeutic propriu-zis implică:

1. Solicitarea pacienţilor să efectueze unele teme gra date pentru acasă;

2. Consilierea: implică factorii cognitivi ai psihotera-piei. Aceştia sînt importanţi mai ales atunci cînd apar blocaje în realizarea sarcinilor pentru acasă.

3. Educarea. Terapeutul trebuie să explice faptul că şe dinţele se vor desfăşura cu ambii parteneri, dar că uneori va fi necesar ca el să discute şi separat cu fiecare partener în parte.

Se realizează şedinţe săptămînale de 30-60 minute. Cînd progresele sînt slabe se poate trece la şedinţe bisăp-

tămînale. La sfîrşitul terapiei este recomandabilă rărirea şe-dinţelor la 3-4 săptămîni.

Formularea problemei

La începutul terapiei partenerilor li se prezintă un rezu-mat scurt al problemei lor, cît şi factorii care contribuie la menţinerea acesteia.

Obiectivele formulării sînt următoarele:

1. încurajarea cuplului, terapeutul explicînd cît de frec vente sînt astfel de probleme.

2. Sublinierea factorilor care menţin problema, factori asupra cărora se va concentra demersul terapeutic.

3. îi permite terapeutului să verifice dacă informaţiile obţinute în cursul etapei de evaluare au fost corect interpre tate. Terapeutul trebuie să solicite membrilor cuplului să-i furnizeze feedback-uri dacă au înţeles bine problema. în această etapă ies, de obicei, la iveală noi informaţii.

Terapeutul trebuie să prezinte în mod echilibrat con-tribuţia fiecărui membru al cuplului la menţinerea problemei, explicînd, pe această bază, de ce este atît de necesară colabo-rarea dintre parteneri pentru succesul terapiei. în acelaşi timp, terapeutul trebuie să sublinieze aspectele pozitive ale relaţiei.

Model de formulare a problemei (Hawton, 1989)

Ana, 28 ani; Bill, 36 ani. Se prezintă la psihoterapie pentru că Ana nu are interes pentru relaţiile sexuale şi îi dis-place actul sexual. Terapeutul prezintă problema astfel: este vorba de lipsa de interes pentru activitatea sexuală a Anei, cît şi de faptul că ea simte durere la contactul sexual pentru că nu este suficient de stimulată.

Factori predispozanți

Mai mulți factori au determinat-o pe Ana să se simtă nesigură cu privire la activitatea sexuală:

1. Educația pe care a primit-o, în cadrul căreia sexul era privit ca ceva murdar.

2. Lipsa educației sexuale şi informația săracă în acest domeniu.

3. Culpabilitatea ei legată de o relație sexuală ante rioară, relație cu un bărbat mai în vîrstă, căsătorit.

4. Cînd relația lor a debutat, Bill avea insuficientă în credere în experiența sa sexuală, mai ales pentru că a fost părăsit de prima soție pentru un alt bărbat.

Factori precipitatori

Ambii parteneri erau foarte ezitanți şi nesiguri la debutul relației lor erotice. Drept rezultat, Ana nu a fost stimulată suficient şi actul sexual a fost dureros. Ori de cîte ori cei doi soți încercau să facă dragoste, Ana era anxioasă că se va repeta actul sexual dureros. Acest lucru diminua stimularea erotică şi lucrul de care se temea se întîmpla. Treptat, ea a pierdut interesul pentru relațiile sexuale.

Factori care mențin tulburarea

Problema persista pentru că ambii parteneri gîndeau că fiecare episod sexual va fi un eşec, iar anxietatea anticipatorie a Anei o împiedica să manifeste interes pentru actul sexual. Mai mult, cei doi soți considerau că este dificil să discute problema pentru a găsi soluția.

Trăsături pozitive

- Sub alte aspecte, relația Anei şi a lui Bill era fericită şi plină de afecțiune.
- Durata relativ scurtă de cînd a apărut problema (apro ximativ 15 luni).

- Dorința ambilor parteneri de a colabora pentru a depăşi dificultatea.

Prezentarea problemei nu trebuie să dureze mai mult de 15 minute. După această prezentare, se trasează prima sarcină pentru acasă.

Temele pentru acasă au următoarele obiective:

1. Să contribuie la realizarea unei abordări structurale care să permită cuplului să-şi reconstruiască în mod gradat relația sexuală.

2. Să-i ajute pe parteneri să identifice acei factori care contribuie la menținerea disfuncției sexuale (mai ales atitu dinile şi gîndurile negative).

3. Să-i înarmeze pe parteneri cu tehnici specifice de a face față unor probleme care apar în relația de cuplu.

Programul temelor pentru acasă trebuie să fie flexibil şi să țină seama de problemele fiecărui cuplu în parte. Etapele acestui program sînt inspirate din lucrările lui Masters şi Johnson (1970). Ele sînt următoarele:

a) Concentrarea atenției asupra unor senzații din afara ariei genitale permite cuplului sa stabilească o intimitate fizi că într-un mod relaxant şi confortabil, intimitate care să faci liteze comunicarea deschisă dintre parteneri. (Partenerii tre buie să realizeze mîngîieri pe tot corpul, evitînd însă zonele genitale). în această etapă, partenerii se abțin de la activitatea sexuală. Nu este contraindicată automasturbarea, dar nu în prezența partenerului (în această etapă).

b) Concentrarea asupra unor senzații legate de organele genitale are menirea de a facilita activarea sexuală prin mîn gîieri, fără a trezi anxietatea. Dacă în această etapă partenerii doresc să trăiască faza de orgasm, ei sînt liberi să o facă, dar li se explică faptul că nu acesta este obiectivul sarcinii pentru acasă.

c) Faza de penetrare pasivă, care reprezintă o etapă intermediară înainte de actul sexual propriu-zis. Faza de pe netrare pasivă: partenerilor li se explică faptul că atunci cînd

ambii parteneri se simt activaţi sexual şi relaxaţi, femeia trebuie să introducă penisul partenerului în vagin, partenerul rămînînd liniştit şi concentrîndu-se asupra senzaţiilor agreabile care se instalează. Cele mai bune poziţii pentru penetrarea pasivă sînt poziţia partenerei deasupra sau poziţia laterală. Această tehnică este importantă în tratamentul vaginismului pentru că îi oferă partenerului sentimentul autocontrolului. De asemenea, mulţi bărbaţi (cu ejaculare precoce) consideră că poziţiile respective le oferă control mai bun asupra ejaculării. Cuplul este instruit să menţină poziţia cît de mult doreşte şi apoi să se reîntoarcă la fazele anterioare.

Penetrarea pasivă se poate repeta de cel mult 3 ori în timpul unei şedinţe realizate acasă (sarcini pentru acasă). O dată ce această fază a fost stăpînită, cuplul trebuie să introducă mişcarea după penetrare. Este mai indicat să se sugereze faptul că partenera trebuie să înceapă să se mişte prima. Acest lucru este important mai ales dacă ea prezintă vaginism, pentru că această indicaţie îi permite să menţină controlul asupra situaţiei (în felul acesta dispare şi teama ei că va fi rănită). Dacă celelalte etape au trecut cu bine, această ultimă etapă nu prezintă probleme, excepţie făcînd cazurile bărbaţilor cu ejaculare precoce. în această etapă, cuplul poate experimenta, dacă doreşte, şi alte poziţii în timpul actului sexual.

Instrucţiunile cu privire la temele pentru acasă trebuie date în detaliu şi terapeutul trebuie să fie sigur că partenerii au înţeles corect ce anume li se cere. Nu se trece la un stadiu superior al psihoterapiei pînă cînd pacienţii nu au îndeplinit corect ceea ce li s-a cerut.

Alte procedee specifice pentru tratamentul disfuncţiilor sexuale la femei

/. *Disfuncţia de orgasm (Anorgasmia)* In cazul în care femeia nu a trăit niciodată senzaţia de orgasm, terapeutul propune un antrenament de masturbare,

pentru că multe femei se simt mai în largul lor singure. Acest antrenament este indicat şi pentru femeile care, pentru moment, nu au un partener sexual.

Cînd este vorba de cupluri, acestea preferă, de regulă, să-şi rezolve problemele în comun. O femeie care obţine orgasmul singură îi poate explica apoi partenerului cum ar dori să fie stimulată. Terapeutul trebuie să accentueze importanţa stimulării clitoridiene pentru obţinerea orgasmului feminin.^

In cazul în care femeia nu poate obţine orgasmul în ciuda stimulărilor adecvate, se poate utiliza un vibrator (Yaffe şi Fenwick, 1986). Este important ca partenerii să fie asiguraţi că utilizarea acestuia va avea doar un caracter temporar. - Terapeutul trebuie să le explice partenerilor şi faptul că foarte multe femei, perfect normale, realizează doar rareori orgasmul şi, cu toate acestea, activitatea sexuală are pentru ele un caracter foarte agreabil. O dată ce s-a obţinut orgasmul la stimularea manuală, partenera poate fi ajutată să obţină orgasmul şi în timpul unui act sexual obişnuit.

Partenerul (sau partenera) va proceda la stimularea clitoridiană manuală în timpul penetrării vaginale pasive, concomitent cu contracţii pelviene uşoare. Cînd femeia simte că se apropie faza de orgasm, ea trebuie să realizeze contracţii pelviene mai riguroase, să continue stimularea clitoridiană dacă este posibil, apăsînd clitorisul de penisul partenerului. Unele femei vor deveni capabile să trăiască orgasmul în timpul actului sexual şi fără stimulare manuală, dar multe vor continua să aibă nevoie de stimulare clitoridiană.

2. Vaginismul

Există mai multe faze în tratamentul vaginismului: a) Ajutarea femeii să dobîndească o atitudine mai favorabilă faţă de organele ei sexuale. Partenerei i se furnizează cunoştinţe de anatomie şi fiziologie şi este încurajată să-şi privească în oglindă organele sexuale.

Unele femei pot realiza acest lucru în prezența partenerului; altele au nevoie de un terapeut femeie.

b) Exerciții de autocontrol a musculaturii pelviene. Dacă femeia nu își. dă seama de faptul dacă poate controla sau nu mușchii pelvieni, i se poate cere să oprească fluxul la urinare. De asemenea, i se poate sugera să observe contracția pelviană introducînd degetul în vagin, c) Penetrația vaginală

Se realizează penetrarea cu degetul propriu. Cu această ocazie, se pot manifesta și atitudinile negative față de aceste practici (se teme să nu se rănească; își face probleme dacă nu este nepotrivit ceea ce face). într-o fază mai avansată, femeia este învățată să utilizeze două degete pe care să le mişte în vagin. Apoi partenrul ei este învățat să facă același lucru în cursul temelor pentru acasă. Este bine să se utilizeze unguente.

în programele inițiale, Masters și Johnson utilizau dilatatoare vaginale gradate, dar studiile clinice au demonstrat că utilizarea degetelor este la fel de eficientă.

4. Penetrația vaginală pasivă. Se utilizează, de asemenea, unguente. Este o fază dificilă, la care nu se trece pînă ce partenera nu a căpătat suficientă încredere în sine. Gîndurile în legătură cu durerea posibilă trebuie explorate de terapeut.

Dispareunia (act sexual dureros)

Dacă dispareunia este legată de factori psihologici, mai ales de lipsa activării sexuale, terapia trebuie dirijată mai ales în direcția obținerii stimulării sexuale prin programele de focalizare a atenției.

în cazul în care durerea are cauze fizice (de pildă, o endometrită), partenera este sfătuită să se trateze și, în același timp, i se recomandă o poziție în care penetrarea este mai superficială (poziția laterală, cu partenerii față în față).

Interesul sexual redus

în acest caz, accentul cade pe circumstanțele adecvate în care are loc actul sexual, pe reducerea anxietății, pe jocul erotic preliminar, pe focalizarea atenției pe stimuli erotici, cît și pe rezolvarea problemelor psihologice legate de relația cu partenerul.

Activarea sexuală scăzută

Programul care cuprinde temele pentru acasă este util în astfel de situații. De asemenea, se recomandă utilizarea tehnicii imaginației dirijate cu conținut erotic.

Program de antrenament autoerotic pentru femei (Hawton, 1989)

1. Autoexplorare cu conținut general

Se recomandă mai ales pentru femeile cu atitudine negativă față de corpul lor.

Femeia trebuie să se examineze goală în oglindă și să identifice trei aspecte care îi plac la ea și trei care îi plac mai puțin (se obține astfel o apreciere realistă a propriului corp).

2. Autoexaminarea organelor genitale.
3. Exerciții de autocontrol a musculaturii pelviene.
4. Masturbare
5. Factori adjuvanți pentru masturbare:
   - literatură erotică;
   - fantezii sexuale;
   - utilizarea vibratorului (trebuie subliniat faptul că majoritatea femeilor care ajung la orgasm cu ajutorul vibratorului reușesc foarte repede să-l obțină și în absența acestuia).

Tehnici pentru psihoterapia disfuncţiilor sexuale la bărbaţi

/. *Tulburări de erecţie*

Bărbaţii cu tulburări de erecţie vor trăi de cele mai multe ori erecţia în fazele de concentrare extragenitală şi genitală.

Dacă terapeutul le sugerează ca în aceste etape să *nu* aibă erecţie, rezultatul va fi exact opus.

în cazul acestei disfuncţii, bărbatul are dificultăţi să trăiască stimularea sexuală, mai ales cînd erecţia se instalează totuşi, pentru că acesta se gîndeşte la calitatea erecţiei sale şi dacă va reuşi s-o menţină. In această situaţie, terapeutul trebuie să-1 înveţe pe pacient să se concentreze asupra senzaţiilor agreabile din timpul jocului erotic.

O dată ce erecţia începe să se instaleze cu regularitate, terapeutul sugerează cuplului să oprească mîngîierile şi să lase ca erecţia să dispară. Exerciţiile se vor rezuma acum doar la cîteva stimulări pînă ce erecţia se instalează. Această procedură se repetă de 2-3 ori în cursul unei şedinţe realizate acasă şi are menirea să scadă anxietatea bărbatului legată de faptul că va pierde erecţia şi aceasta nu va mai reveni niciodată.

Programul de penetrare pasivă va fi de scurtă durată şi partenera va trebui să treacă şi la stimulări extragenitale, în cazul în care erecţia se pierde.

2. Ejacularea precoce

Se utilizează două tehnici: „stop-start" (Semans, 1976) şi tehnica „strîngerii" (Masters şi Johnson, 1970).

a) Tehnica „stop-start"

Bărbatul este culcat pe spate şi îşi concentrează atenţia asupra partenerei care îi stimulează penisul. Cînd el se simte activat, gata să ejaculeze, îi va spune acesteia să oprească activarea, astfel încît stimularea scade. Procedura se mai repetă de două ori, iar a treia oară partenera îl stimulează pe bărbat pînă atinge ejacularea. La început, bărbatul va ejacula repede, dar treptat el va învăţa să se autocontroleze.

b) Tehnica „strîngerii"

A doua tehnică se aplică doar dacă prima s-a dovedit ineficientă. Cînd bărbatul îi spune partenerei că este pe cale să ejaculeze, partenera strînge cu fermitate vîrful penisului timp de 15-20 secunde, fapt ce inhibă reflexul ejaculator. O dată ce tehnica a dat rezultate, cuplul trebuie să realizeze tehnica penetraţiei pasive, femeia fiind în poziţie superioară. Cînd bărbatul îi spune că e pe cale să ejaculeze, partenera sa îşi schimbă poziţia, utilizează tehnica „strîngerii" sau îl lasă să ejaculeze.

3. *Ejaculare absentă sau întîrziată*

Cînd bărbatul nu a ejaculat niciodată decît în somn, este indicat un antrenament de masturbare. Dacă ejacularea e posibilă în timpul masturbării, dar nu şi cu partenera, sau cu mare dificultate în acest din urmă caz, se pune un accent mare pe stimularea şi concentrarea asupra zonei genitale, femeia stimulînd organul sexual al bărbatului, la început mai lent, apoi mai viguros. Este indicat să se utilizeze loţiuni lubrifiante. Unii bărbaţi consideră că masturbarea le este utilă. Ei sînt încurajaţi să se concentreze asupra senzaţiilor pe care le trăiesc. Dacă ejacularea se produce, bărbatul este instruit să ejaculeze în apropierea organului sexual al partenerei. Apoi, bărbatul este învăţat să realizeze penetraţia atunci cînd simte că va ejacula şi să continue mişcările specifice. Poziţia superioară a bărbatului este recomandată pentru că facilitează ejacularea.

4. *Interesul sexual scăzut*

Nu există procedee specifice pentru astfel de situaţii. Tot ce se poate face este să se realizeze întăriri pozitive ale comportamentului sexual, cît şi rezolvarea tensiunilor din cadrul cuplului.

Program de antrenament autoerotic pentru bărbați

Se utilizează pentru toate categoriile de disfuncții, dar în mod diferit. Trebuie în primul rînd explorată atitudinea bărbatului față de aceste practici.

1. Explorarea cu mîna a zonelor genitale şi a celor înconjurătoare, pentru a identifica zonele de sensibilitate.
2. Masturbarea propriu-zisă. Cînd stimularea erotică este ridicată, se practică masturbarea intensă pînă la ejaculare.
3. Factori adjuvanți:
   - fantezii sexuale;
   - literatură erotică;
   - vibratoare.

în cazul ejaculării precoce, bărbatul trebuie încurajat să prelungească masturbarea pe o perioadă fixă (de pildă 15 minute).

în tratamentul tulburărilor de erecție, în timpul masturbării, bărbatul trebuie să lase pentru un timp ca erecția să dispară şi apoi să continue autostimularea de încă 2-3 ori. Aceasta îi poate spori încrederea în capacitatea sa de erecție.

Probleme de consiliere în tulburările sexuale

Blocaje în timpul tratamentului a) Blocaje timpurii: **o** cuplul nu se angajează în realizarea temelor pentru acasă;
- partenerii se plîng de faptul că temele pentru acasă creează un comportament sexual artificial;
- apropierea din timpul exercițiilor poate evoca senti mente negative, cum ar fi tensiunea sau plictiseala.

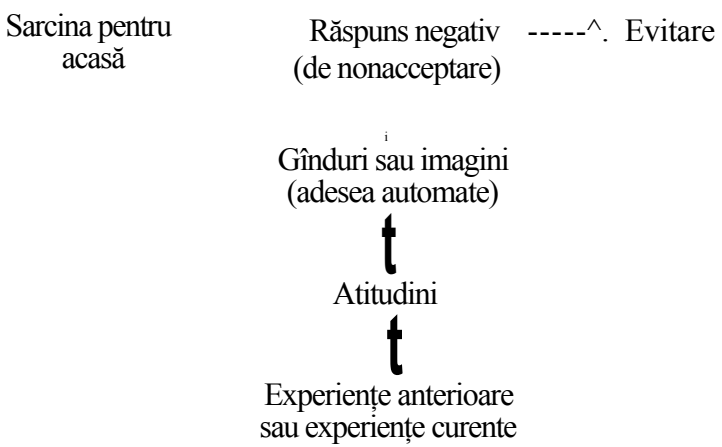
Dificultățile timpurii nu au o importanță prea mare, ele putînd fi depăşite în cazul în care nu sînt indicatori ai unor probleme majore de cuplu (dificultăți relaționale, resentimente).

b) Dificultăți tardive:
- cuplul opreşte exercițiile de acasă;
- şedințele de acasă nu mai sînt agreabile;
- fluxul activității sexuale se întrerupe.

Aceste dificultăți apar mai ales în cazul tratamentului tulburării de erecție şi a vaginismului. In abordarea acestor dificultăți, primul pas constă în aceea ca terapeutul să se asigure că partenerii au înțeles corect în ce constau temele pentru acasă. Dacă da, trebuie explorat în detaliu ce anume s-a petrecut. în cazul dificultăților timpurii, de regulă, cuplul găseşte temele pentru acasă ca fiind lipsite de spontaneitate sau se jenează să facă ceea ce li s-a indicat. în aceste cazuri, simpla conştientizare a problemei şi încurajările pot fi suficiente. Pentru cuplurile unde sentimentele de jenă sînt foarte accentuate, terapeutul poate recomanda ca partenerii să înceapă preludiul îmbrăcați.

Dificultăți majore sînt considerate acelea cînd subiecții reacționează negativ la temele pentru acasă, apar rupturi bruşte în comportamentul sexual sau partenerii încetează pur şi simplu să mai practice ceea ce li s-a cerut. în acest caz. pacienților trebuie să li se explice modelul cognitiv care stă la baza răspunsurilor negative la temele pentru acasă. Se demonstrează cum eşecul de a realiza ceea ce a fost indicat sau eşecul de a simți o plăcere conduce la procese cognitive (gînduri şi/sau imagini). Pentru ca aceste procese cognitive sînt automate, persoana nu este, de regulă, conştientă de ele. Cognițiile evocate de temele, pentru acasă pot să reflecte o atitudine mult mai generală față de sexualitate.

Partenerii sînt încurajați să identifice gîndurile negative care apar atunci cînd ei eşuează să realizeze temele pentru acasă. Unele cupluri realizează acest lucru cu uşurință, în timp ce altele nu.



O tehnică bună constă în a solicita partenerilor să furnizeze cît mai multe explicaţii (indiferent cît de absurde ar părea) şi apoi partenerii să fie ajutaţi să evalueze explicaţiile respective.

O dată gîndurile negative explorate, terapeutul ajunge la atitudinile disfuncţionale timpurii faţă de sex şi sexul opus, care, de asemenea, la rîndul lor, trebuie analizate.

Terminarea terapiei

Cuplul este pregătit de la început pentru terminarea terapiei, în sensul că se precizează de la început durata aproximativă a tratamentului. Spre sfîrşitul tratamentului se măreşte intervalul dintre şedinţe (la 2-3 săptămîni).

Pregătirea cuplului pentru posibile probleme viitoare. Partenerii sînt învăţaţi că o bună comunicare, o atitudine de acceptare şi înţelegere reciprocă, dar şi reluarea unora din exerciţiile iniţiale îi pot ajuta pe parteneri să depăşească problemele ce ar putea apărea pe parcurs.

CAPITOLUL 14

Psihoterapia cognitivă în stare de hipnoză

Thomas Down (1993) subliniază faptul că terapia cognitivă, deşi de dată relativ recentă, a realizat progrese însemnate, devenind astăzi cea mai populară tehnică terapeutică. Iniţiatorii terapiei cognitive au fost Beck, Ellis şi Meichenr bauin (citaţi de Down, 1993, p. 215), care au pus la punct; uu sistem de modificare a modelelor negative de gîndire ce stau la baza unor tulburări emoţionale.

Beck (1976) vorbea despre rolul gmdurilor automate dezadaptative în geneza tulburărilor psihice. Ellis (1977) le denumea gînduri iraţionale, în timp ce Meichenbaum (1977) punea accentul pe importanţa dialogului interior cu conţinut negativ, dialog ce produce tulburări emoţionale. Toate cele trei modele de terapie cognitivă se sprijină pe următoarele ipoteze (Down, 1993, p. 215):

1. Tulburările emoţionale au la bază un set de gînduri cu conţinut negativ, gînduri ce se referă la abilităţile, vaioarea sau activităţile persoanei.

Deşi este eronat să afirmăm că aceste gînduri negative produc în mod direct tulburări psihice, ele interacţionează în aşa fel cu evenimentele ambianţei îneît determina, împreună cu acestea, apariţia unor emoţii negative şi a unor comportamente dszadaptative. Astfel, prezenţa în antecedente a unui

1